**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Le agradecemos su participación seria, responsable y sincera. Se garantiza absoluta confidencialidad. Por favor Marque con(X) y diligencie los espacios donde corresponda.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Programa Académico | | |  | | | |  | Jornada | |  |  |  | | Semestre | |  | |  |
| Edad | | |  | | | Género | | F \_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ | | | | Estrato barrio | | | | | |  |
| Estado civil | | | Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con cual tipo de población racial se identifica: Indígena\_\_\_ Afro\_\_\_\_ Mestizo\_\_\_\_\_ Blanca\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas a cargo SI \_\_\_ NO \_\_\_\_ | | | | | | | | Número de personas a cargo: \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  | |  |
| Vivienda | | | Propia \_\_\_ Arrendada \_\_\_ Familiar \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Trabaja actualmente SI \_\_\_ NO \_\_\_ | | | | | | | | | Tipo de seguridad social  EPS\_\_\_\_ Sisben\_\_\_\_ No tiene\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| Convive con: | Padre: \_\_\_\_ Madre\_\_\_\_ Ambos padres \_\_\_\_\_ Cónyuge\_\_\_\_ Otros familiares\_\_\_\_\_ Solo(a)\_\_\_\_\_ Otros no familiares\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
| Máximo nivel educativo alcanzado por el padre:  Primaría\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_ Tecnólogo\_\_\_\_ Universidad\_\_\_\_ Postgrado\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación del padre: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Máximo nivel educativo alcanzado por la madre:  Primaría\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_ Tecnólogo\_\_\_\_ Universidad\_\_\_\_ Postgrado\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación de la madre: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso familiar: | | Menor al SMLV\_\_\_\_\_ Mínimo legal SMLV\_\_\_\_ Entre 1- 3 SMLV \_\_\_\_\_ Entre 4-5 SMLV\_\_\_\_\_  Otro\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recibe Apoyo económico para su educación: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_  Quien? Padre\_\_\_\_ Madre\_\_\_\_ Ambos Padres\_\_\_\_ Otro Familiar\_\_\_\_\_ Otro no familiar\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De los siguientes factores, ¿Cuál considera que fue el más importante en el momento de seleccionar su programa académico? (Única respuesta). La familia\_\_\_\_ Los amigos\_\_\_\_ Sus habilidades y destrezas\_\_\_\_ Su vocación\_\_\_\_  Los ingresos de los profesionales de este programa\_\_\_\_ La orientación del colegio\_\_\_\_ Bajo costo de la matricula\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_ Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CUANTO A SU SALUD.  Sufre usted de alguna enfermedad crónica Si\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se encuentra en tratamiento actualmente SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.  Se realiza exámenes preventivos: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Cuáles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Utiliza algún método de planificación familiar actualmente? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  Consume bebidas alcohólicas? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Si su respuesta es positiva con qué frecuencia:  Diario\_\_\_ Semanal\_\_\_ Quincenal\_\_\_ Ocasional\_\_\_\_\_  Consumo de Cigarrillo SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  ¿Consume algún tipo de droga, sustancia psicoactiva como marihuana, bazuco, éxtasis, entre otros?  Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_  Según su criterio, su estado de salud actual es? Excelente\_\_\_\_ Bueno\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Deficiente\_\_\_\_  Realiza ejerció físico? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, cuánto tiempo semanal dedica a esta actividad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Visita el odontólogo con frecuencia? SI \_\_\_ NO\_\_\_ Considera que su salud oral es: Excelente\_\_\_\_ Buena\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Deficiente\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como califica las relaciones intrafamiliares : Escasa\_\_\_ Regular\_\_\_ Buena \_\_\_\_ Excelente\_\_\_\_\_\_  Se siente amado (a) SI\_\_\_\_ No\_\_\_\_  Actividades familiares que practica el fin de semana: Practican deporte\_\_\_\_ Ver TV\_\_\_\_ visitar familiares\_\_\_\_  Realizar oficios domésticos\_\_\_\_ No se reúne con la familia\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_ Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |