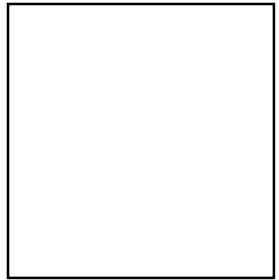




# UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Nacional de Enfermería de Occidente



No. ORIENTACION VOCACIONAL

Fecha:  /  /

Día mes año

### INSTRUCCIONES

Este formulario será procesado digitalmente, por lo que no debe doblarlo. Utilice lápiz. No. 2 HB. Haga marcas fuertes. Si necesita borrar, hágalo sin dejar huella de grafito, ya que si no borra adecuadamente no podrá ser procesada su información. En el caso de las casillas, coloque la letra o el número, uno por casilla y evite tocar los bordes del cuadro. Utilice letra de molde mayúscula. Entre cada palabra deje una casilla en blanco de acuerdo al siguiente ejemplo:

Nombre Completo:

M A R I A D E L O S A N G E L E S

Apellido Completo:

L O P E Z M A R T I N E Z D E G O N Z A L E Z

LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE ES PARA FINES ACADÉMICOS Y TIENE CARÁCTER CONFIDENCIAL, POR LO QUE RESPONDA CON VERACIDAD.

### DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO:

APELLIDOS COMPLETOS:

DEPARTAMENTO DONDE NACIÓ: EDAD  EN AÑOS CUMPLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:  /  /  ESTADO CIVIL  SOLTERO  CASADO  UNIDO  VIUDO  DIVORCIADO SEXO  MASCULINO  FEMENINO

DIRECCION DONDE VIVIRÁ CUANDO ESTUDIE EN LA UNIVERSIDAD

MUNICIPIO:

NÚMERO TELEFONICO:  NÚMERO DE TELEFONO CELULAR:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO:

GRUPO ÉTNICO:  NACIONALIDAD:

IDIOMA MATERNO:

¿CUÁLES IDIOMAS DOMINA?

DOMINA OTROS IDIOMAS SI  NO  NUMERO DE IDIOMAS QUE DOMINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Responda únicamente una de las tres alternativas que se le presentan, que pueden ser: 1. Número de partida de nacimiento o fe de edad, 2. Número de cédula de vecindad, 3. Número de pasaporte. -

PARTIDA DE NACIMIENTO:

ACTA

FOLIO

LIBRO

NÚMERO DE CUI:

PASAPORTE:

INFORMACION A LLENAR UNICAMENTE POR ESTUDIANTES QUE PROCEDEN DE ALGUN DEPARTAMENTO O DEL EXTRANJERO

DIRECCION DOMICILIAR DE DONDE PROVIENE

MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO O PAIS: TELEFONO:



TELEFONO

INFORMACIÓN ÁREA ACADÉMICA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE OBTUVO EL TITULO DE DIVERSIFICADO

UBICACIÓN ESTABLECIMIENTO DONDE OBTUVO EL TITULO DE DIVERSIFICADO

ZONA

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

AÑO DE GRADUACIÓN:



TITULO A NIVEL DIVERSIFICADO

¿EL TITULO QUE OBTUVO A NIVEL DE DIVERSIFICADO FUE BACHILLEATO POR MADUREZ?

 SI NO PUBLICO DE LA CAPITAL PUBLICO DEPARTAMENTAL PRIVADO DE LA CAPITAL PRIVADO DEPARTAMENTAL EXTRANJERO

TIPO ESTABLECIMIENTO

 JORNADA MATUTINA JORNADA VESPERTINAJORNADA DE ESTUDIO  JORNADA NOCTURNA JORNADA UNICA JORNADA MIXTA DIARIO SABATINOPLAN DE ESTUDIO  DOMINICAL FIN DE SEMANA

NÚMERO DE EN QUE CURSO:

BASICO

AÑOS

DIVERSIFICADO

¿DE LAS SIGUIENTES MATERIAS, CUALES SURSO EN DIVERSIFICADO?

BIOLOGÍA  SI  NOQUIMICA  SI  NOFISICA  SI  NOESTADISTICA  SI  NOSOCIOLOGIA  SI  NOPSICOLOGIA  SI  NOMATEMATICAS  SI  NOSITUACIÓN DE INGRESO A LA FACULTAD  PRIMER INGRESO  TRASLADO DE OTRA FACULTAD

**DATOS DE LA PERSONA ENCARGADA (en caso de que no viva con sus padres)**

NOMBRE COMPLETO

APELLIDO COMPLETO

EDAD(en años cumplidos)  No. DE TELEFONO  No. DE CELULAR

FORMACIÓN ACADÉMICA

OCUPACION

**DATOS SI ES CASADO (A)**

NOMBRE DE LA PAREJA

APELLIDOS DE LA PAREJA

EDAD(en años cumplidos)  No. DE TELEFONO  No. DE CELULAR

FORMACIÓN ACADÉMICA

OCUPACION

**ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES**

¿PRACTICA ALGUN DEPORTE?  SI  NO SI PRACTICA ALGÚN DEPORTE ¿CUALES?

1.

2.  3.

¿QUE DEPORTE LE GUSTARÍA PRACTICAR EN LA FACULTAD?

¿CUÁL ES SU PASATIEMPO FAVORITO?

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ARTISTICA?  SI  NO

SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI ¿CUALES?

1.

2.

**INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

¿SUFRE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA O ENFERMEDAD?  SI  NO

SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI ¿CUALES?

1.

2.

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?  SI  NO

¿CUALES? 1.  2.

¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA?  SI  NO

¿A QUE? 1.  2.

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR:**

NOMBRES

APELLIDOS

No. DE TELEFONO  NO. DE CELULAR

## INFORMACION SOCIOECONOMICA

EL INGRESO FAMILIAR PROCEDE PRINCIPALMENTE DE:

- TRABAJO ASALARIADO
- UTILIDAD DE FINCAS RÚSTICAS
- UTILIDAD DE EMPRESAS COMERCIALES
- UTILIDAD DE EMPRESAS INDUSTRIALES
- SERVICIOS PROFESIONALES AL PUBLICO

¿ES FEJE DE FAMILIA?

- SI
- NO

SI ES FEJE DE FAMILIA,

¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN DE USTED?

¿CÓMO SOSTIENE SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS?

- BECA
- CON SU PROPIO TRABAJO
- CON AYUDA DE SUS PADRES
- CON AYUDA DE OTROS FAMILIARES
- CON AYUDA DE OTRAS PERSONAS NO FAMILIARES

¿DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE?

- PADRE
- MADRE
- CÓNYUGE
- HERMANO
- OTRO FAMILIAR
- PERSONA NO FAMILIAR
- SU PROPIO TRABAJO

¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL EN QUETZALES?

- MENOS DE 500
- 501 – 1000
- 1001 – 2000
- 2001 – 3000
- 3001 – 4000
- 4001 – 5000
- 5001 – 6000
- 6001 – 7000
- 7001 – 8000
- 8001 o MAS

¿HA ESTIMADO EL COSTO DEL PRIMER AÑO DE LA CARRERA?

- SI
- NO
- ALGO

¿CONSIDERA NECESARIO APLICAR A UNA BECA PARA PODER REALIZAR SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS?

- SI
- NO

## INFORMACION LABORAL

¿TRABAJA ACTUALMENTE?  SI  NO

(si su respuesta es NO, continúe en página siguiente)

JORNADA DE TRABAJO:

- JORNADA UNICA
- MAÑANA
- TARDE
- NOCHE
- JORNADA MIXTA

NUMERO DE HORAS QUE TRABAJA DIARIAMENTE

- 1 – 4 HORAS
- 5 HORAS
- 6 HORAS
- 7 HORAS
- 8 HORAS
- 9 HORAS
- 10 HORAS o MAS

TIPO DE INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA

- GUBERNAMENTAL
- AUTONOMAS O SEMIAUTONOMAS
- EMPRESA PRIVADA
- POR SU CUENTA

ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA LA INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA

- AGRICULTURA, GANADERIA Y MINERIA
- INDUSTRIA
- SERVICIO
- SILVICULTURA, CAZA Y PESCA
- COMERCIO
- OTRA
- CONSTRUCCION
- EDUCACIÓN

PUESTO QUE DESEMPEÑA

- PROFESIONAL, TÉCNICO O EN OCUPACIONES AFINES
- GERENTE, DIRECTOR, JEFE, FUNCIONARIO, INDUSTRIAL, COMERCIANTE, ADMINISTRADOR
- OFICINISTA
- AGRICULTOR, PESCADOR, CAZADOR, APICULTOR O MADERERO
- MAESTRO
- OPERARIO CALIFICADO
- OPERARIO NO CALIFICADO

¿TIENE RELACIÓN SU TRABAJO CON SUS ESTUDIOS?

- MUCHA
- POCA
- NINGUNA

¿CUÁL ES EL SALARIO MENSUAL QUE PERCIBE EN QUETZALES?

- MENOS DE 500
- 501 – 1000
- 1001 - 2000
- 2001 – 3000
- 3001 – 4000
- 4001 - 5000
- 5001 - 6000
- 6001 - 7000
- 7001 - 8000
- 8001 O MAS

EI SALARIO DE SU TRABAJO LE SIRVE PARA SU SOSTENIMIENTO

- ECONOMICO TOTAL
- ECONOMICO PARCIAL
- DE SUS ESTUDIOS

**INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR**

¿QUÉ LE MOTIVÓ ESTUDIAR ENFERMERÍA?

¿CUENTA CON EL APOYO FAMILIAR PARA ESTUDIAR ENFERMERÍA?     SI     NO

TIENE ALGÚN FAMILIAR ENFERMERA/O     SI     NO

SI SU RESPUESTA FUE SI, ¿CUÁNTOS?   

¿QUE PARENTESCO TIENE?

¿ QUE PARENTESCO TIENE?

¿QUE PARENTESCO TIENE?

¿ QUE PARENTESCO TIENE?

¿QUE PARENTESCO TIENE?

¿ QUE PARENTESCO TIENE?

No. DE MIEMBROS QUE COMPONEN SU FAMILIA (Inclúyase)   

POSICIÓN QUE OCUPA EN RELACIÓN A SUS HERMANOS   

¿CUÁNTOS HERMANOS SON? (Inclúyase)   

**SITUACIÓN ACTUAL DE SU FAMILIA**

- HOGAR COMPLETO     FALTA EL PADRE     FALTA LA MADRE  
 FALTAN AMBOS PADRES     FALTA EL CÓNYUGE

**PERSONAS CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE**

- PADRE     HERMANAS     TÍOS     PRIMAS  
 MADRE     ABUELITOS     TÍAS     CÓNYUGE  
 HERMANOS     ABUELITAS     PRIMOS     HIJOS, HIJAS

**DATOS DEL PADRE**

CONVIVE CON SU PADRE     SI     NO

SI NO CONVIVE ¿POR QUÉ?

NOMBRES COMPLETOS

APELLIDOS COMPLETOS

EDAD (en años cumplidos)

No. DE TELÉFONO

No. DE CELULAR

FORMACIÓN ACADÉMICA

OCUPACIÓN

**DATOS DE LA MADRE**

CONVIVE CON SU MADRE     SI     NO

SI NO CONVIVE ¿POR QUÉ?

NOMBRES COMPLETOS

APELLIDOS COMPLETOS

EDAD (en años cumplidos)

No. DE TELÉFONO

No. DE CELULAR

FORMACIÓN ACADÉMICA

OCUPACIÓN



## ELABORE SU AUTOBIORAFIA EN BASE A LA SIGUIENTE GUIA

EN FORMA BREVE, VERAZ Y COMPLETA LE PEDIMOS QUE ESCRIBA LOS DATOS QUE SE LE SOLICITAN A CONTINUACIÓN:

LE RECOMENDAMOS ESCRIBIRLA CON PUÑO Y LETRA

1. DATOS PERSONALES: Nombre completo, lugar y fecha de nacimiento.
2. RECUERDOS DE MI INFANCIA: Padres, hermanos y demás parientes, algunos datos significativos de esta época
3. MI VIDA EN LA ESCUELA PRIMARIA: Recuerdo de mis maestros y compañeros, mi participación en actividades de la escuela, distinciones de que fui objeto.
4. RECUERDOS DE MIS ESTUDIOS A NIVEL MEDIO: Mis relaciones con mis maestros y compañeros, actividades estudiantiles y distinciones de que fui objeto, problemas y dificultades como se presentaron y como los enfrenté. Personas a quienes admiraba y quería más. Becas que obtuve.
5. MI FAMILIA Y MI HOGAR EN LA ACTUALIDAD: Con qué miembros de mi familia convivo. Cómo son las relaciones familiares. ¿Cuáles son las condiciones económicas y el presupuesto familiar? ¿Cómo son las condiciones físicas de mi casa? ¿Qué cambios ha ocurrido en mi familia que afectan positivamente o negativamente?
6. SI USTED ES CASADA/O: Cuáles son las condiciones económicas y el presupuesto familiar. ¿Qué cambios han ocurrido en mi familia que afectan positivamente o negativamente?
7. AFICCIONES O INCLINACIONES FAVORITAS: Lo que hago con más frecuencia en mis ratos libres. Mi participación en actividades de la comunidad (cibicas, sociales, religiosas, otras).
8. EXPERIENCIAS DE TRABAJO: Lugares en donde he trabajado y tipo de trabajo desempeñado. Cómo han sido las relaciones interpersonales con mis jefes y compañeros, satisfacciones y dificultades que he encontrado.
9. COMO HA SIDO MI SALUD: Breve historia de las enfermedades que ha padecido y cómo he sido tratado/a.
10. OTROS DATOS IMPORTANTES QUE DESEE AGREGAR.