



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLÓGIA
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

BIODATA
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA UPB

NOMBRE COMPLETO:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	FECHA ACTUAL:	
ESTADO CIVIL:	EDAD:	
BARRIO:	TELÉFONOS:	
INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD:		
PROGRAMA:	SEMESTRE:	
ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR		
Personas que conforman el grupo familiar (con las que vive actualmente)	Relación o parentesco	Antecedentes de salud

Valore la categoría que representan sus relaciones familiares de acuerdo con la escala:
Marque con una X.

Categoría	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuente mente	Casi siempre
Suelo ser pasivo frente a los deseos de mi familia					
Mi familia es mi principal apoyo					
Suelen presentarse situaciones de conflicto en mi familia					
Mantengo una comunicación constante con mi familia					
Mi familia suele mostrar interés por las actividades de mi cotidianidad					
Mi familia es un apoyo para mis procesos académicos					



1. Mencione los valores inculcados a nivel familiar:

2. ¿Cuáles considera son sus mayores cualidades?

3. ¿Cuáles considera que pueden ser aspectos a mejorar a nivel personal?

4. ¿Cuáles considera que pueden ser aspectos a mejorar a nivel académico?

5. ¿En el último año, cuál fue su promedio académico? _____

6. ¿Cuáles considera que son las principales habilidades o competencias que ha desarrollado o adquirido recientemente a nivel personal y/o académico?

7. ¿Cuánto tiempo dedica a sus actividades de tiempo libre? _____

8. ¿Cómo se proyecta dentro de 5 años?

9. ¿Se considera una persona disciplinada? Sí___ No___ ¿Por qué?

10. ¿Qué situaciones de su cotidianidad le generan angustia, temor o preocupación?

11. ¿Se ha presentado anteriormente a esta convocatoria? Sí___ No___

12. ¿Cuál de éstos motivos lo llevó a presentarse a Conductores Metro? Marque con una X la respuesta:

Recibir un sustento para finalizar los estudios académicos	
Vocación	
Influencias familiares o sociales	
Otra ¿cuál?	

13. ¿Te has presentado antes a este proceso de selección?

CONDICIONES DE SALUD

1. Enfermedades que sufre o ha sufrido: _____

2. ¿Se realiza actualmente algún tratamiento médico? _____

3. ¿Consume algún medicamento frecuentemente? Sí ___ No___ ¿Cuál(es)? _____



4. ¿Sufre algún tipo de alergia? SI__ NO __ Especifique sus causas:

5. En general cómo califica su estado de salud: _____

6. Consume alguno de los medicamentos enunciados a continuación: Marque con una X

Medicamento	Si	No	¿cuál?
Ansiolíticos			
Antidepresivos			
Antihistamínicos (antialérgicos)			
Antiepilépticos			
Antipsicóticos			
Melatonina			

FACTOR ECONÓMICO FAMILIAR

¿Cómo se distribuyen los gastos familiares? _____

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? _____

NOTIFICACIÓN CONDICIONES LABORALES

Certifico conocer y comprender las condiciones requeridas para acceder al proceso de selección de Conductor de Vehículo Articulado Tipo metro 2021, por lo tanto, firmo como constancia de ello.

Firma: _____

Certifico que la información reportada en este formato es veraz y puede ser confirmada.