

FICHA DE AUTORIZACION					
DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE					
Código AMIE de la IE		Año Lectivo			
Nombres y Apellidos del o la Estudiante					
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Dirección del Domicilio			
Nombre o familiar autorizado			Parentesco		
Dirección del Domicilio					
Teléfono 1		Teléfono 2			
¿El Estudiante sabe nadar?					
SI		NO		Grupo Sanguíneo	
¿El Estudiante posee seguro médico?					
SI		NO		Nombre del Seguro	
Establecimiento de Salud al que regularmente acude					
En caso de Urgencia llamar a :					
Nombre del Familiar		Parentesco		Teléfono	
Nombre del Familiar		Parentesco		Teléfono	
INFORMACIÓN IMPORTANTE					
Si usted considera que existe alguna condición médica importante en el estudiante Explíquelo a continuación.	CONDICIÓN		SI	NO	CUÁL/CAUALES
	¿Ha sido diagnosticado con alguna/s enfermedades que Ud. Considere importante/s?				
	¿Ha sido sometido-a a algunas cirugías previas?				
	¿Tiene alergias?				
	¿Que medicamento usa?				
Si el estudiante requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, el representante deberá enviar el medicamento con la indicación médica correspondiente entregada al Docente Tutor					
AUTORIZACIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA					
Yo _____ con número de cédula _____, SI () NO () AUTORIZO que mi representado _____ con cédula _____, reciba atención médica y odontológica preventiva, y en caso de urgencia sea trasladado al establecimiento de salud respetivo en el Distrito o fuera de él si es necesario. Declaro que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la Unidad Educativa _____ cualquier modificación de esta.					
Fecha:					
Nombres y Apellidos			Firma		
Observaciones:	En caso de que, por razones culturales, religiosas culturales, religiosas Ud. no autorice que su representado reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cual (por ejemplo: transfusión de sangre).				
AUTORIZACIÓN INMUNIZACIONES					
Yo _____ con número de cédula _____, SI () NO () AUTORIZO que mi representado _____ con cédula _____, sea inmunizado según el esquema de vacunación correspondiente por ciclo de vida y conforme las campañas de vacunación del Ministerio de Salud Pública de igual manera me comprometo a comunicar por escrito a la Unidad Educativa _____ cualquier modificación de esta autorización.					
Fecha:					
Nombres y Apellidos			Firma		
Observaciones:	En el caso de que su representado haya sido vacunado en otro espacio que no sea la institución educativa favor informar al Docente Tutor y enviar el carnet de vacunación.				

Coordinación Zonal 3 - Salud

Dirección: Av. Humberto Moreano 2069 y Alfonso Villagómez.

Código postal: 170146 / Riobamba Ecuador

Teléfono: 593-2-3814-400

www.salud.gob.ec