

**FICHA MÉDICA****Grado o curso:****Fecha:****Apellidos y nombres del alumno:****Lugar y fecha de nacimiento:** **Edad:**Pegar
Foto

Padre o representante:	En caso de emergencia:
Teléfono:	Madre:
Lugar de trabajo:	Teléfono:
Cargo que desempeña:	Lugar de trabajo:

Interrogatorio Médico: presenta o a presentado su hijo/a alguno de los siguientes síntomas o problemas de salud

SÍNTOMA	SI	NO	EDAD	DESCRIPCION
Dolores de cabeza frecuente				
Mareos				
Sensación de sueño a la lectura				
Ardor de los ojos				
Lagrimo frecuente				
Diagnóstico de otitis				
Diagnóstico de sinusitis				
Estados gripales frecuentes				
Emite ronquidos al dormir				
Faringoamigdalitis frecuentes				
Hemorragias nasales				
Dolores articulares frecuentes				
Fiebre reumática				
Problemas al caminar				
Tose con frecuencia				
Asma bronquial				
Alergias				
Rinitis				
Traumatismo de cráneo				
Infección de vías urinarias				
Convulsiones por fiebre				
Intervenciones quirúrgicas				
Ha estado hospitalizado				
Displasia de cadera				
Otros				

Enfermedad	SI	NO	EDAD
Sarampión			



FICHA MÉDICA

Varicela			
Rubéola			
Tos Ferina			
Paperas			
Tifoidea			
Hepatitis			
Tuberculosis			
Meningitis			
Covid 19			

PERIODO PRENATAL

La madre del (a) estudiante presentó durante el embarazo alguna de las siguientes infecciones:

Rubéola SI ____ NO ____
Toxoplasmosis SI ____ NO ____
Varicela SI ____ NO ____

PERIODO NATAL

Su parto fue:

Normal
Por cesárea
Prematuro
Presento asfixia
Presento ictericia

Cuantos días permaneció en la clínica ú hospital, Explique la causa de permanencia en el lugar mencionado:

Vacunas

Tipo	EDADES DE VACUNACION
BCG	EDADES
PENTAVALENTE	EDADES
ROTAVIRUS	EDADES
NEUMOCOCO CONJUGADA	EDADES
DPT	EDADES
PVO POLIO	EDADES
SRP	EDADES
FIEBRE AMARILLA	EDADES
VARICELA	EDADES



FICHA MÉDICA

SR	EADAES			
HEPATITIS A	EADAES			
DT	EADAES			
INFLUENZA (fecha de ultima dosis)	FECHA			
PAPILOMA HPV (niñas)	FECHA	1. Dosis	2. Dosis	
COVID 19	FECHA	1. Dosis	2. Dosis	3. Dosis

ANTECEDENTES FAMILIARES

Han presentado alguno de los familiares del estudiante (hermanos, padres, tíos, abuelos una de las siguientes enfermedades:

Es frecuente el uso de lentes es sus familiares	SI__ NO__ PARENTESCO
Estrabismo	SI__ NO__ PARENTESCO
Glaucoma	SI__ NO__ PARENTESCO
Sordera	SI__ NO__ PARENTESCO
Fiebre Reumática	SI__ NO__ PARENTESCO
Hipertensión arterial	SI__ NO__ PARENTESCO
Diabetes	SI__ NO__ PARENTESCO
Obesidad	SI__ NO__ PARENTESCO
Dislipidemia	SI__ NO__ PARENTESCO
Infarto de miocardio	SI__ NO__ PARENTESCO
Chequeo Oftalmológico	SI__ NO__ FECHA
Audiometría	SI__ NO__ FECHA JUNIO
Grupo o Tipo Sanguíneo Grupo A... .. B..... AB O RH	
Utiliza medicina Homeopática__ Natural__ Bioenergética__ Occidental__ Practica algún deporte	

Existe algún problema de salud que tenga que informar

Otros: _____

CONSENTIMIENTO:

Yo.....con CC..... Representante legal del
Estudiante.....Doy mi
consentimiento para que en caso de un incidente pueda recibir atención médica.

SI ☐
NO



FICHA MÉDICA

INFORMACION PROPORCIONADA POR:

Representante:

Firma:

Revisado por.....:

Firma:

.....

.....

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/CALES
	¿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