



17H02440_	FICHA DE HISTORIAL MÉDICO	ANEXO E
-----------	----------------------------------	----------------

Información General:

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres:	
Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	
Tipo de sangre:	
Número de cédula:	
Grado/ curso:	
Edad:	
Domicilio:	

2. DATOS DEL PADRE:

Nombres:	
Apellidos:	
Teléfono convencional:	
Celular:	
Correo electrónico:	

3. DATOS DE LA MADRE:

Nombres:	
Apellidos:	
Teléfono convencional:	
Celular:	
Correo electrónico:	

HISTORIAL MÉDICO

1. **¿Tiene Alguna Enfermedad Crónica?** Si No
En caso de ser afirmativo especifique la enfermedad (Adjuntar Certificado Médico)
2. **¿Ha Tenido Desmayo o pérdida del conocimiento?** Si No
En caso de ser afirmativo especifique cual ha sido la causa.

.....



17H02440_	FICHA DE HISTORIAL MÉDICO	ANEXO E
-----------	----------------------------------	----------------

3. ¿Existe algún motivo, que le impida realizar actividad física o que le produzca molestia?

Si No

En caso de ser afirmativo especifique la enfermedad (Adjuntar Certificado Médico)

4. ¿Es Diabético?

Si No

En caso de ser afirmativo especifique si se administra alguna medicación

.....
.....

5. ¿Tiene algún tipo de Discapacidad?

Si No

En caso de ser afirmativo especifique qué tipo y grado de discapacidad (adjuntar carnet CONADIS)

.....
.....

6. ¿Tiene o ha tenido Epilepsia o Convulsiones?

Si No

En caso de ser afirmativo indicar si se encuentra en tratamiento

.....
.....

7. ¿Tiene algún tipo de Enfermedad Pulmonar?

Asma Si No Bronquitis Si No Otras

En caso de ser afirmativo indique el tratamiento y el tipo de medicación que utiliza (adjuntar certificado médico)

.....
.....

8. ¿Tiene algún tipo de Enfermedad Cardíaca (corazón)?

Si No

En caso de ser afirmativo especifique tipo de patología. (Adjuntar certificado médico)

.....
.....

9. ¿Es alérgico?

Si No

Especifique a qué:

Qué síntomas suele presentar:

Qué medicamentos toma para la alergia:

10. ¿Ha tenido lesiones importantes (cirugías-fracturas)?

Si No

En caso de ser afirmativo especifique. (Adjuntar certificado médico).

.....
.....

11. En lo referente a recibir atención médica básica, autoriza usted que, en el departamento médico de la institución, administre medicación y/o realice procedimientos que al criterio del profesional necesite su representado/a.

Si No



17H02440_	FICHA DE HISTORIAL MÉDICO	ANEXO E
-----------	----------------------------------	----------------

12. En caso de emergencia, accidente o percance de salud con su representado. Responder las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de accidentes personales seleccionado por los padres de familia a través del Comité Central

- En caso de haber adquirido el seguro de accidentes personales, su representado podrá ser trasladado desde la institución a la casa de salud sugerida por la aseguradora hasta su llegada.

Si No

- En caso de no haber adquirido el seguro de accidentes personales seleccionado por los padres de familia a través del Comité por favor indique el nombre de la casa de salud a la que debería ser trasladado su representado:

De acuerdo con la Emergencia Sanitaria del País, informar lo siguiente sobre su representado:

13. Ha recibido la inmunización contra el covid-19 Si No
 De ser positiva la respuesta indicar número de dosis recibidas.

1 2 Refuerzo
 En caso de ser negativa su respuesta indique la razón:

14. En caso de ser menor de 12 años, 11 meses 29 días recibió las vacunas de sarampión, rubeola y poliomielitis durante la campaña de vacunación del MSP 2023. Si No

De ser afirmativo indicar las vacunas recibidas y adjuntar copia del certificado de vacunas.

.....

Adjuntar copia a color y/o documento escaneado del carnet de vacunación del esquema básico según el MSP para los estudiantes de Educación General Básica (inicial hasta 10mo EGB).

Adjuntar el certificado de vacunación contra el Covid-19 otorgado por el MSP. mismo que puede ser descargado en el siguiente sitio web: <https://certificados-vacunas.msp.gob.ec/>

Adjuntar la copia y/o documento escaneado de los respectivos certificados médicos que validen enfermedades pre-existentes o de riesgo que el estudiante pueda tener.



17H02440_	FICHA DE HISTORIAL MÉDICO	ANEXO E
-----------	---------------------------	---------

Yo padre/madre o representante legal, me comprometo acudir al llamado del dispensario médico en caso de emergencia donde se encuentre comprometida la salud de mi representado.

Certifico la veracidad de la información enviada Yo (padre/madre o representante legal).

Nombres y Apellidos:

.....
Firma Representante del Estudiante

Número de cédula: