



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"MARQUÉS DE SELVA ALEGRE"
Calidad educativa al alcance de todos
AÑO LECTIVO 2026-2027



17H02440_AO_ (DEP MED)_FICH

ANEXO G
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha:

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:	



17H02440_AO_ (DEP MED)_FICH

ANEXO G
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha:

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O PREEXISTENTE? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD (Adjuntar Certificado Médico Actualizado)

.....

2. ¿HA TENIDO ALGÚN DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL HA SIDO LA CAUSA:

.....

3. ¿EXISTE ALGÚN MOTIVO, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE
LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE: (Adjuntar certificado médico actualizado)

.....

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 del Ministerio de Salud Pública Actualizado)

.....

6. ¿TIENE O HA SUFRIDO 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 ()
EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDIQUE EL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE MEDICACIÓN QUE
UTILIZA (Adjuntar Certificado Médico Actualizado)

.....

8. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA (CORAZÓN)? SI () NO ()
EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE TIPO DE PATOLOGÍA.
(Adjuntar Certificad Médico Actualizado)

.....

9. ¿ES ALÉRGICO? SI () NO ()



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"MARQUÉS DE SELVA ALEGRE"
Calidad educativa al alcance de todos
AÑO LECTIVO 2026-2027



17H02440_AO_ (DEP MED)_ FICH

ANEXO G
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha:

ESPECIFIQUE A QUE:
QUE SÍNTOMATOLOGÍA SUELE PRESENTAR:
QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA ALERGIA:

10. ¿HA TENIDO LESIONES IMPORTANTES (CIRUGÍAS-FRACTURAS)? SI () NO ()
EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE. (Adjuntar Certificado Médico Actualizado)

11. AUTORIZA USTED QUE, EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN, SE ADMINISTRE
MEDICACIÓN Y/O REALICEN PROCEDIMIENTOS QUE, SEGÚN EL CRITERIO DEL PROFESIONAL
NECESITE SU REPRESENTADO/A. SI () NO ()

FIRMA DEL REPRESENTANTE	C.I.
-------------------------	------

12. USTED AUTORIZA EN CASO DE EMERGENCIA COORDINAR CON EL ECU-911 PARA QUE SU
REPRESENTADO SEA TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, HASTA SU
LLEGADA. SI () NO ()

FIRMA DEL REPRESENTANTE	C.I.
-------------------------	------

13. INDIQUE SI SU REPRESENTADO/A CUENTA CON UN SEGURO MÉDICO
PARTICULAR QUE CUBRA ACCIDENTES.

MARQUE: SÍ () NO ()

DE SER ASÍ, ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA. (Adicional presentar el
certificado de cobertura del seguro de accidentes personales como requisito obligatorio para la
legalización de la matrícula de mi representado)

14. SEÑALE LA CASA DE SALUD CON LA QUE EL SEGURO MANTIENE CONVENIO Y A
LA QUE DEBE SER TRASLADADO EL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA:

15. EN CASO DE HABER OPTADO POR EL SEGURO DE ACCIDENTES SUGERIDO POR
LA INSTITUCIÓN, GESTIONADO CON ASEGURADORA DEL SUR.

MARQUE: SÍ () NO ()

SE LE INFORMARÁ OPORTUNAMENTE LA CASA DE SALUD ASIGNADA PARA LA
ATENCIÓN CORRESPONDIENTE EN CASO DE EMERGENCIA



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"MARQUÉS DE SELVA ALEGRE"
Calidad educativa al alcance de todos
AÑO LECTIVO 2026-2027



17H02440_AO_ (DEP MED)_FICH

ANEXO G
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha:

16 . YO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL, ME COMPROMETO A ACUDIR DE INMEDIATO AL LLAMADO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA QUE COMPROMETA LA SALUD DE MI REPRESENTADO/A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE	C.I.
-------------------------	------

18. HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA?
SI () NO ()

En caso de ser afirmativo Especifique cual:

19. EN EL ÚLTIMO MES SE HA ENCONTRADO FUERA DEL PAIS
SI () NO ()

En caso de ser afirmativo Especifique el país:

ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DEL CARNET ACTUAL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN BASICO DEL MSP DEL ESTUDIANTE.

ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS ACTUALIZADOS QUE VALIDEN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES O DE RIESGO DE LOS ESTUDIANTES.

EN CASO DE NO INFORMAR OPORTUNAMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROCESO DE SALUD EN RELACIÓN CON MI HIJO(A) O REPRESENTADO(A) DESLINDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A ESTA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARQUÉS DE SELVA ALEGRE.

UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LO EXPUESTO EN ESTE DOCUMENTO,
CERTIFICO Y FIRMO LA INFORMACIÓN COMO REPRESENTANTE LEGAL:

REPRESENTANTE:	ABOGADO MARQUÉS DE SELVA ALEGRE
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: C.I.: CORREO ELECTRÓNICO: Nro. CELULAR:	NOMBRE: C.I.: COD: