



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR  
"LA INMACULADA"

HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL

DISTRITO 07D02 MACHALA. CIRCUITO N. C04\_05\_14  
Urb. La Carolina - Telf: 2980547 [unelai.oro@gmail.com](mailto:unelai.oro@gmail.com)

**DEPARTAMENTO MÉDICO**

PERIODO LECTIVO: 2025 - 2026

## FICHA MÉDICA

<b>COLEGIO O ESCUELA QUE PROCEDE:</b>	<b>ACT. ECONÓMICA:</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:</b>		<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO POR EMERGENCIA:</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	

## DATOS DEL/LA ESTUDIANTE

<b>PATOLOGÍAS:</b>	
<b>HOSPITALARIOS:</b>	
<b>QUIRÚRGICOS:</b>	
<b>ALÉRGICOS:</b>	
<b>TRANSFUSIONALES:</b>	
<b>MEDICAMENTOS:</b>	
<b>TRAUMATOLÓGICOS:</b>	
<b>VACUNAS:</b>	



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR  
"LA INMACULADA"

HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL

DISTRITO 07D02 MACHALA. CIRCUITO N. C04\_05\_14

Urb. La Carolina - Telf: 2980547 [unelai.oro@gmail.com](mailto:unelai.oro@gmail.com)

**DEPARTAMENTO MÉDICO**

PERIODO LECTIVO: 2025 - 2026

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:					
CÉDULA DE IDENTIDAD:		NACIONALIDAD:		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	GRADO/CURSO Y PARALELO	
GRUPO SANGUÍNEO:		TELF:		DÍA	MES	AÑO			
DIRECCIÓN:									
NÚMERO DE HERMANOS:		LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:		FECHA DE INGRESO			MES:	DÍA:	AÑO:

PESO:

TALLA:

IMC

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

### DOSIS VACUNAS COVID-19

PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	NINGUNA
CAUSAS Y RAZONES POR LA QUE SU REPRESENTADO (A) NO HA RECIBIDO LA VACUNA CONTRA COVID-19:			

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

CARDIOVASCULAR:	
ONCOLÓGICO:	
ENDOCRINÓLOGO:	
HEMATOLÓGICO:	

EXAMEN FÍSICO: REVISIÓN POR PARATOS Y SISTEMAS



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR  
"LA INMACULADA"

HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÜL

DISTRITO 07D02 MACHALA. CIRCUITO N. C04\_05\_14  
Urb. La Carolina - Telf: 2980547 [unelai.oro@gmail.com](mailto:unelai.oro@gmail.com)  
**DEPARTAMENTO MÉDICO**  
PERIODO LECTIVO: 2025 - 2026

CARDIOVASCULAR:	
RESPIRATORIO:	
DIGESTIVO:	
NEUROLÓGICO:	
ENDOCRINÓLOGO:	
PIEL Y FANERAS:	
EXTREMIDADES:	
GENITOURINARIO Y PERIANAL:	

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

YO ..... CON CI ..... REPRESENTANTE LEGAL DE .....  
CON CI ....., EMITO INFORMACIÓN RESPECTO A LA SALUD DE MI REPRESENTADO (A) Y ME COMPROMETO A ESTAR PRESENTE Y ATENTO/A, CUANDO EL DEPARTAMENTO MÉDICO LO REQUIERA; ASIMISMO, ME RESPONSABILIZO POR EL ESQUEMA INCOMPLETO, PARCIAL O TOTAL DE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19, DEJANDO EXENTA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "LA INMACULADA".

\_\_\_\_\_  
**REPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_  
**DEPTO. MÉDICO UNELAI**