



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

DEPARTAMENTO MÉDICO

PERIODO LECTIVO: 2026 - 2027

FICHA MÉDICA

DATOS DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	NIVEL DE EDUCACIÓN:
ACT. ECONÓMICA:	CÉDULA DE IDENTIDAD:
TELÉFONOS DE CONTACTO POR EMERGENCIA:	CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL/LA ESTUDIANTE

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 _____



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

DEPARTAMENTO MÉDICO

PERIODO LECTIVO: 2026 - 2027

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

PATOLOGÍAS Y/O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:	
ANTECEDENTES ALERGICOS:	
MEDICAMENTOS:	
VACUNAS:	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

CARDIOVASCULARES	
ONCOLOGICOS	
METABOLICO	
OTROS	

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 UNELA