

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>Unidad Educativa Particular</b><br><b>“La Inmaculada”</b><br><i>“Educamos con fe, calidad y calidez”</i> |  |
|   | <b>Dirección Distrital 07D02 Machala Circuito N. C04_05_14</b>  |   |
| <b>Código AMIE:</b><br>07H00020   | <b>Departamento Médico</b><br>2024 - 2025   | <b>Páginas</b>  |

### FICHA MÉDICA

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| COLEGIO O ESCUELA QUE PROCEDE:  | ACT.ECONÓMICA: EDUCACIÓN |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: | CÉDULA DE IDENTIDAD:     |
| TELÉFONOS DE 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:**

**IMC**

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

|                  |
|------------------|
| PATOLOGÍAS:      |
| HOSPITALARIOS:   |
| QUIRÚRGICOS:     |
| ALÉRGICOS:       |
| TRANSFUSIONALES: |
| MEDICAMENTOS:    |
| TRAUMATOLÓGICOS: |
| VACUNAS:         |

**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:   |

**EXÁMEN FÍSICO: REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS**

|                            |
|----------------------------|
| 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**

\_\_\_\_\_  
**DRA. ERIKA FRANCO V.**  
**DEPTO. MÉDICO UNELAI**