



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SANTA MARIANA DE JESÚS"
DEPARTAMENTO MÉDICO
Año Lectivo 2025-2026
Loja – Ecuador



**ESTIMADO PADRE/MADRE DE FAMILIA, POR FAVOR DIGNESE LLENAR
COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE A SU REPRESENTADO/A**

• **DATOS DEL ESTUDIANTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CEDULA _____ EDAD: _____ TALLA: _____ cm PESO: _____ kg
GRUPO SANGUÍNEO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____
GRADO/CURSO: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE _____ PARENTEZCO _____
NÚMERO DE TELÉFONO: _____
SU REPRESENTADO TIENE ALGUN TIPO DE SEGURO: IESS () ISSPOL () OTRO ()
NINGUNO ()

• **ANTECEDENTES PERSONALES:**

SI SU HIJO TIENE 5 AÑOS O MENOS ES IMPORTANTE CONOCER LO SIGUIENTE, CASO CONTRARIO AVANCE A LA SIGUIENTE PREGUNTA, LITERAL B.

- a) EL NACIMIENTO FUE: PARTO NORMAL () CESÁREA () EXISTIO ALGUNA COMPLICACIONES DURANTE EMBARAZO Y/O NACIMIENTO: SI () NO () CUALES _____ EXISTE UN DESARROLLO NORMAL: SI () NO () RAZÓN: _____ ESQUEMA NACIONAL DE VACUNA COMPLETO () INCOMPLETO () MOTIVO: _____
- b) ALERGIAS: SI () NO () DE QUE TIPO _____ CUAL ES EL TRATAMIENTO: _____ ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO: SI () NO () ESPECIFIQUE A CUÁL: _____ ANTECEDENTES DE CIRUGIAS: SI () NO () DE QUE TIPO Y HACE QUE TIEMPO _____ HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ: SI () NO () CUAL FUE EL MOTIVO: _____ PRESENCIA DE CONVULSIONES: SI () NO () TRATAMIENTO: _____
- c) PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA SI () NO () ESPECIFIQUE CUAL ES: _____ TOMA ALGÚN MEDICAMENTO PERMANENTE?: SI () NO () CUAL: _____
- d) PRESENTA ALGUNA ALTERACIÓN MUSCULAR O ARTICULAR ESPECIFIQUE SI () NO () EN BASE A ESTA PREGUNTA SU HIJO/A ES APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: SI () NO ()
- e) SU HIJO/A PRESENTA ALGUN IMPEDIMENTO PARCIAL O TOTAL PARA DESARROLLARSE INDEPENDIEMENTE: VISUAL () AUDITIVO () MOTOR () INTELLECTUAL () TDH () RESPIRATORIO () OTRO () CUAL: _____

• **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- a) EXISTE ALGUN FAMILIAR (MADRE, PADRE O ABUELOS) CON ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD COMO: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, CÁNCER U OTRAS: SI () NO () ESPECIFIQUE: _____

*Anexos de recomendaciones médicas en el caso de padecerlas.

Elaborado por:

Md. Ana Cristina Valarezo Naranjo
MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN