

**FICHA MÉDICA DEL O LA ESTUDIANTE**

NOMBRES Y APELLIDOS:…………………………………………………………………………………………….……...……

EDAD:………………..……….…….SEXO: H…….……M…..…….TIPO DE SANGRE………………..…………………….

FECHA DE NACIMIENTO:……………………………………………………………………………..…………….……………

LUGAR DE NACIMIENTO:………………………………………….….………RESIDENCIA:…………..……………...………

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:………………………………..………….….PARENTELA…………………...…..………

TELEF: CONVENCIONAL………….…………..……….CELULAR…………………….……………………….....……………

**ANTENCEDENTES MÉDICOS**

PESO ACTUAL:………………………..……..-…….…. TALLA ACTUAL: ….…………….……………..……..…………….

VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD: SI:………………………… NO:………..………………..……………………..

NACIMIENTO: PARTO NORMAL…………………………………………CESARIA………………………..…………………

**ANTECEDENTES ALÉRGICOS**

PICADURA DE INSECTOS: SI……….NO………. CUÁLES:………………………………………………………………….

ALIMENTOS: SI……….NO……… CUÁLES:…………………………………………………………………

MEDICAMENTOS: SI……….NO………. CUÁLES:………………………………………………………………..

OTROS:………………………………………………………………………………………….…………………………………..

**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

ASMA: SI…......… NO…....…. HEPATITIS: SI…………. NO….……. EPILEPSIA: SI..………. NO…...…

AFECCIÓN CARDIACA: SI…….. NO……. HIPERTENSIÓN: SI…….. NO……. MIGRAÑA: SI..….... NO……..

INFECCIÓN URINARIA: SI …….. NO ……. HIPOTENSIÓN: SI….…. NO……. DIABETES SI……….. NO.……..

GASTRITIS: SI……. NO……. OTROS:…………………………………………………………………………………………….…..

IMPORTANTE: Si el padre de familia o representante oculta alguna enfermedad PREDIAGNOSTICADA la Unidad Educativa Particular Verbo no se responsabiliza de complicaciones posteriores.

 ……………………………………………………………………...

PADRE , MADRE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

C.I………………………………….

DEPARTAMENTO MÉDICO

REMALUZ Cia.Ltda. Vía a Nulti Km. 2 ½ Tlf.:2876-503 – 2876-540 – 875-677 unidadeducativaverbo@hotmail.com

[www.verbo.edu.ec](http://www.verbo.edu.ec)