



## 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:

### ANTECEDENTES 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](mailto:unidadeducativaverbo@hotmail.com)  
[www.verbo.edu.ec](http://www.verbo.edu.ec)