



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "FRANCISCA DE LAS LLAGAS"

Domingo Espinar Oe8 N23-73 y Diego Zorrilla
Teléfono: 2523-664 / 2232-514 Fax: 3202195
Quito - Ecuador
"Educar, amar y servir"



DEPARTAMENTO MÉDICO FICHA MEDICA ESCOLAR 2025 - 2026

| Año Lectivo | Sección | Grado/Curso |
|-------------|---------|-------------|
| | | |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| Fecha de Nacimiento: | Cedula de identidad estudiante : | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo: |
| Nombres del Padre | | |
| Nombres de la Madre | | |
| Dirección domiciliaria del Estudiante..... | | |
| Teléfono Madre:.....Teléfono Padre:..... | | |
| Teléfono de emergencia..... | | |

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PADRES SEPARADOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------|
| EN CASO DE EMERGENCIA EL 1º CONTACTO SE REALIZARÁ CON: | | | |
| Padre <input type="checkbox"/> | Madre <input type="checkbox"/> | Padre y/o Madre <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> |
| Teléfono: | | | |

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE

| | | |
|---|--|--|
| EDAD: | PESO: | TALLA: |
| Tipo de parto:..... | | Complicaciones:..... |
| Malformaciones al nacer: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Inmunizaciones: Esquema completo de acuerdo a la edad | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> Pendientes: |
| ¿Ha padecido o padece su hijo/a de alguna de las siguientes enfermedades? | | |
| Sarampión SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Varicela SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Rubeola SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Paperas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Asma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Rinitis Alérgica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Hepatitis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Diabetes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Amigdalitis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Alergias Respiratorias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Otros..... |

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Alergias: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | (Especificar medicamento, alimento o producto al que presenta la reacción alérgica – Adjuntar certificado médico) |
| | | | |
| | | | |

ANSIEDAD: SI ☐ NO ☐

MIGRAÑA SI ☐ NO ☐

DEPRESIÓN: SI ☐ NO ☐

EPILEPSIA SI ☐ NO ☐

OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS:..... (Adjuntar certificado médico)

OTITIS: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDADES DIGESTIVAS: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDADES DE LA PIEL: SI ☐ NO ☐

ANEMIA/DESNUTRICIÓN U OTRAS PATOLOGÍAS: SI ☐ NO ☐

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: SI ☐ NO ☐

PROBLEMAS DE VISIÓN: SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

USA LENTES: SI ☐ NO ☐

PROBLEMAS DE AUDICIÓN: SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

USA AUDIFONO: SI ☐ NO ☐

INGRESOS HOSPITALARIOS: (Causas, permanencia y edad)

ACCIDENTES: SI ☐ NO ☐ (Secuelas)

OPERACIONES QUIRÚRGICAS: SI ☐ NO ☐ (Especificar causa y edad a que fue intervenid@)

EN CASO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INDICAR PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO ACTUAL:

PRESENTA ALGUNA PATOLOGÍA QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA: (Adjuntar certificado médico que lo avale):

ANTECEDENTES FAMILIARES - Mencionar enfermedades hereditarias (Mama/Papa/Abuelos):

EN CASO DE FIEBRE O DOLOR ¿Qué medicamentos suele comúnmente administrarle?.....

OBSERVACIONES:

Nombre, Apellidos y Firma del padre/madre/representante legal

NOTA: Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente de responsabilidad de los padres y/o representantes del estudiante; por lo que, en caso de no consignarlos, actualizarlos u omitirlos, el Departamento Médico del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.