**ANEXO “D”**

**DATOS GENERALES**:

**DATOS DEL CADETE:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES DEL CADETE: |  |
| APELLIDOS DEL CADETE: |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| TIPO DE SANGRE: |  |
| NÚMERO DE CEDULA |  |
| CURSO: |  |
| EDAD: |  |
| DOMICILIO: |  |
| PESO KG: |  |
| TALLA |  |

**DATOS DEL PADRE:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES DEL PADRE: |  |
| APELLIDOS DEL PADRE: |  |
| TELÉFONO CONVENCIONAL: |  |
| CELULAR: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

**DATOS DE LA MADRE:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES DE LA MADRE: |  |
| APELLIDOS DE LA MADRE: |  |
| TELÉFONO CONVENCIONAL: |  |
| CELULAR: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRES: |  |
| APELLIDOS: |  |
| TELÉFONO CONVENCIONAL: |  |
| CELULAR: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

**HISTORIAL MÉDICO**

1. **¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O PREEXISTENTE?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo especifique la enfermedad (Adjuntar Certificado Médico Actualizado)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿HA TENIDO ALGÚN DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo especifique cual ha sido la causa:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿EXISTE ALGÚN MOTIVO, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo especifique (Adjuntar certificado médico actualizado):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿ES DIABÉTICO?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo, especifique si se administra alguna medicación (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo especifique qué tipo y grado de discapacidad (Adjuntar Carnet del Ministerio de Salud Pública Actualizado)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿TIENE O HA SUFRIDO EPILEPSIA O CONVULSIONES?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo indicar hace cuanto tiempo y si se encuentra en tratamiento (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿TIENE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD PULMONAR?**

Asma **SI** ☐ **NO** ☐

Bronquitis **SI** ☐ **NO** ☐

Fibrosis pulmonar **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo indique el tratamiento y el tipo de medicación que utiliza (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA (CORAZÓN)?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo especifique tipo de patología. (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿ES ALÉRGICO?**

**SI** ☐ **NO** ☐

Especifique a que:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Que sintomatología suele presentar:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Que medicamentos toma para la alergia:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **¿HA TENIDO LESIONES IMPORTANTES (CIRUGÍAS-FRACTURAS)?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso de ser afirmativo especifique. (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

|  |
| --- |
|  |

1. **AUTORIZA USTED LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE A QUE EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN EN CASO DE SER NECESARIO SE ADMINISTRE MEDICACIÓN Y/O REALICE PROCEDIMIENTOS QUE, SEGÚN EL CRITERIO DEL PROFESIONAL NECESITE SU REPRESENTADO/A.**

**SI** ☐ **NO** ☐

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE | C.C. |

1. **AUTORIZA USTED LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE QUE EN CASO DE UNA EMERGENCIA EN LA CUAL ESTE COMPROMETIDA LA VIDA DEL PACIENTE Y NO SE PUEDE ESPERAR HASTA SU LLEGADA A LA INSTITUCIÓN, COORDINAR CON EL ECU-911 PARA QUE SU REPRESENTADO SEA TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, HASTA SU LLEGADA.**

**SI** ☐ **NO** ☐

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE | C.I. |

1. **EN CUANTO AL SEGURO MÉDICO PARTICULAR (ACCIDENTES), ESPECIFICAR EL NOMBRE DEL SEGURO SI NO ES EL DISPUESTO POR EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, ASÍ MISMO, INDIQUE LA CLÍNICA DE CONVENIO A LA QUE SE DEBE TRASLADAR, EN CASO DE SER NECESARIO.**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. YO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL, ME COMPROMETO A **ACUDIR DE INMEDIATO AL LLAMADO DEL CONSULTORIO MÉDICO EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA** QUE COMPROMETA LA SALUD DE MI REPRESENTADO/A.

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE | C.I. |

1. **¿HA SIDO VACUNADO CONTRA EL COVID-19?**

**SI** ☐ **NO** ☐

En caso que la respuesta sea afirmativa, adjuntar certificado de vacunación.

**ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DEL CARNET DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN BÁSICO DEL MSP DEL CADETE**

**(Indispensable para Educación Inicial y E.G.B.)**

**ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS ACTUALIZADOS QUE VALIDEN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES O DE RIESGO DE LOS CADETES.**

**EN CASO DE NO INFORMAR OPORTUNAMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROCESO DE SALUD EN RELACIÓN CON MI HIJO (A) O REPRESENTADO (A) DESLINDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A ESTA UE FFAA COMIL 2 “TNTE. HUGO ORTIZ G.”**

**UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LO EXPUESTO EN ESTE DOCUMENTO, CERTIFICO Y FIRMO LA INFORMACIÓN COMO REPRESENTANTE LEGAL:**

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN EMITIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ:**

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE CEDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHA DE AUTORIZACIÓN**

La siguiente ficha de registro es absolutamente confidencial. Solo será conocida por el equipo de salud escolar de la institución educativa, con el fin de lograr una mejor atención del estudiante durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos contestar correctamente todas las preguntas. La entrega de la presente ficha se debe realizar durante los primeros días del año lectivo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I**. Datos Generales del estudiante** | | | **Código AMIE**: 09H01346 | | | |
| **Nombre del estudiante:** (apellido paterno, materno y nombres) |  | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:** (Día/mes/año) |  | | | | | **Año lectivo:** 2024-2025 |
| **Dirección del domicilio:** |  | | | | | **Teléfono:** |
| **Nombre del representante, o familia responsable:** |  | | | | | **Teléfono celular:** |
| **Teléfono fijo:** | SI | NO | | **Nombre del seguro:** (Puede ser IESS, ISSFA, ISSPOL u otro) | | |
| **¿El estudiante posee seguro médico?**  **(Marque con una X)** |  |  | |  | | |
| **Establecimiento de salud al que normalmente acude** |  | | | | | |
| **¿El estudiante sabe nadar?** | SI | NO | | **Grupo sanguíneo factor RH:**  **(ej ORH+)** | | |
|  |  | |  | | |
| **En caso de urgencia llamar a (orden de importancia). Indique obligatoriamente al menos un número fijo de contacto** | | | | | | |
| 1. **Nombre del representante o familiar responsable** |  | | | | | |
| Parentesco: | | | | Teléfono Cel: | |
|  | | | | Teléfono Fijo: | |
| 1. **Nombre del representante o familiar responsable** |  | | | | | |
| Parentesco: | | | | Teléfono Cel: | |
|  | | | | Teléfono Fijo: | |
| 1. **Nombre del representante o familiar responsable** |  | | | | | |
| Parentesco: | | | | Teléfono Cel: | |
|  | | | | Teléfono Fijo: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. INFORMACIÓN IMPORTANTE** | | | | |
| Si usted considera que existe alguna condición médica importante en el estudiante, Mencionar, por favor explíquelo a continuación: | **Condición** | **SI** | **NO** | **Cuál/ cuáles** |
| ¿Ha sido diagnosticado con alguna/s enfermedad/es que Ud. Considere importante/s? |  |  |  |
| ¿Ha sido sometido a cirugías previas? |  |  |  |
|  | **¿Tiene alergias?** |  |  |  |
|  | **¿Qué medicamentos usa?** |  |  |  |
| Si el estudiante requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, el representante debe enviar el medicamento con la indicación médica correspondiente por agenda a través del docente-tutor. | | | | |
| **III. AUTORIZACIÓN** | | | | |
| Yo, …………………………………………………………………………… con número de cédula …………………………… autorizo que mi representado …………………………………………. ……………………………………………………………………………….. con número de cédula …………………………………………………., reciba atención médica escolar, y en caso de una urgencia, sea trasladado al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él si es necesario. Declaro que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la UE FFAA COMIL 2 “TNTE. HUGO ORTIZ G.”, cualquier modificación de ésta.  Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025. | | | | |
| Firma del padre de familia o representante legal (o huella digital) |  | | | |
| Nombre y apellidos: |  | | | |
| **Observaciones:** En caso de que por razones culturales/religiosas Ud., no autorice que su representate reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cual (por ejemplo: trasfusión de sangre). | | | | |

**Nota: Llenar correctamente el formulario adjunto del Ministerio de Salud Pública (MAIS-CE)**