



**EJÉRCITO ECUATORIANO
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS
COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"
GESTIÓN DE LA SALUD**



FOTO ACTUAL
CON
UNIFORME
DEL COLEGIO*

**ANEXO "C"
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO**

DATOS GENERALES:

*PREESCOLAR: calentador/ 2º-
7ºEGB: caqui/ 8º-3º BACH: 4A

DATOS DEL CADETE:

NOMBRES:	
APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
TIPO DE SANGRE:	
NÚMERO DE CÉDULA:	
GRADO/CURSO:	
EDAD:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	

DATOS DEL PADRE:

NOMBRES:	
APELLIDOS:	
TELÉFONO CONVENCIONAL:	
TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	

DATOS DE LA MADRE:

NOMBRES:	
APELLIDOS:	
TELÉFONO CONVENCIONAL:	
TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRES:	
APELLIDOS:	
TELÉFONO CONVENCIONAL:	
TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	
REFERENCIA PERSONAL (NOMBRES Y TELÉFONO):	



**EJÉRCITO ECUATORIANO
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS
COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"
GESTIÓN DE LA SALUD**



HISTORIAL MÉDICO

Las siguientes preguntas nos permiten llevar un historial médico adecuado.

1. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/ O PRE EXISTENTE?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD (Adjuntar Certificado Médico)

2. ¿HA TENIDO ALGUN DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE CUAL HA SIDO LA CAUSA Y HACE CUANTO TIEMPO. (Adjuntar Certificado Médico)

3. ¿EXISTE ALGUNA CAUSA MEDICA, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD (Adjuntar Certificado Médico)

4. ¿ES DIABÉTICO?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE SI SE ADMINISTRA ALGUNA MEDICACIÓN, (Adjuntar Certificado Médico)

5. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE QUÉ TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD (ADJUNTAR CARNET CONADIS)



**EJÉRCITO ECUATORIANO
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS
COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"
GESTIÓN DE LA SALUD**



6. ¿TIENE EPILEPSIA O A SUFRIDO CONVULSIONES?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, HACE CUANTO TIEMPO HE INDICAR SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO. (Adjuntar Certificado Médico)

7. ¿TIENE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD PULMONAR?

ASMA SI NO

BRONQUITIS SI NO

FIBROSIS PULMONAR SI NO

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, INDIQUE EL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE MEDICACION QUE UTILIZA (Adjuntar Certificado Médico)

8. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA (CORAZÓN)?

SI **NO**

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE TIPO DE PATOLOGÍA, EL TRATAMIENTO Y LA MEDICACION QUE UTILIZA (Adjuntar Certificado Médico)

9. ¿ESPECIFIQUE SU TIPO DE ALERGIA?

SI **NO** (Adjuntar Certificado Médico)

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI ESPECIFIQUE A QUE

QUE SÍNTOMAS SUELE PRESENTAR

QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA ALERGIA



**EJÉRCITO ECUATORIANO
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS
COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"
GESTIÓN DE LA SALUD**



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

SI NO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESPECIFIQUE.

(Adjuntar Certificado Médico)

11. AUTORIZA USTED (BAJO SU RESPONSABILIDAD) A QUE, EN LA ATENCIÓN DE SALUD BÁSICA, EL DISPENSARIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN, ADMINISTRE MEDICACIÓN Y/O REALICE PROCEDIMIENTOS QUE AL CRITERIO DEL PROFESIONAL NECESITE SU REPRESENTADO/A.

SI NO

12. USTED AUTORIZA (BAJO SU RESPONSABILIDAD) QUE, EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, EN LA CUAL ESTE COMPROMETIDA LA VIDA DEL PACIENTE Y NO SE PUEDE ESPERAR HASTA SU LLEGADA A LA INSTITUCION. NOS PERMITE COORDINAR CON EL ECU911 PARA QUE SU REPRESENTADO SEA TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, HASTA SU LLEGADA.

SI NO

13. USTED SE COMPROMETE (BAJO SU RESPONSABILIDAD) EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA SER TRANSFERIDO A UNA CLINICA DE CONVENIO POR ACCIDENTE QUE NO SEA EMERGENCIA Y QUE NO COMPROMETA LA VIDA DEL PACIENTE, ACUDIR HASTA LA INSTITUCION PARA LUEGO SER TRASLADADO EN SU COMPAÑÍA HASTA CENTRO DE SALUD MAS CERCANO.

SI NO

EN CASO DE SER LA RESPUESTA NO, ESPECIFIQUE EL PORQUE

14. YO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL, ME COMPROMETO ACUDIR AL LLAMADO DEL DISPENSARIO MEDICO LAS VECES QUE FUERAN NECESARIAS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD DE MI REPRESENTADO.

SI NO

15. ¿HA SIDO VACUNADO CONTRA EL COVID-19?

SI NO

EN CASO QUE LA RESPUESTA SEA SI, ADJUNTAR EL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN.



**EJÉRCITO ECUATORIANO
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS
COLEGIO MILITAR No. 1 “ELOY ALFARO”
GESTIÓN DE LA SALUD**



- | |
|---|
| ✓ <u>ADJUNTAR LA COPIA DEL CARNET DE VACUNACIÓN DEL CADETE</u>
(Indispensable para Educación Inicial y E.B.G.) |
| ✓ <u>ADJUNTAR LA COPIA DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS RESPECTIVOS</u>
<u>QUE VALIDEN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES O DE RIESGO DE</u>
<u>LOS ESTUDIANTES.</u> |

INFORMACION CERTIFICADA POR EL PADRE/ MADRE O REPRESENTANTE
LEGAL:

NOMBRES Y APELLIDOS:

NUMERO DE CEDULA:

CORREO ELECTRONICO:

NOTA: EN CASO DE NO INFORMAR CON VERACIDAD Y LEGALIDAD DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROCESO DE SALUD EN RELACIÓN CON MI HIJO (A) O REPRESENTADO (A), DESLINDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A LA UEF FF.AA COLEGIO MILITAR NO.1 “ELOY ALFARO”;

REPRESENTATE LEGAL

.....
C.I.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN EMITIDA EN ESTE DOCUMENTO ES REAL.