



**FUERZA TERRESTRE  
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS  
COLEGIO MILITAR N° 1 "ELOY ALFARO"**



**ANEXO "C"**

**FICHA DE HISTORIAL MÉDICO**

**DATOS GENERALES:**

**DATOS DEL CADETE:**

NOMBRES DEL CADETE:

APELLIDOS DEL CADETE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TIPO DE SANGRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

CURSO:

EDAD:

DOMICILIO:

**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:

TELEFONO CONVENCIONAL:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:



**FUERZA TERRESTRE  
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS  
COLEGIO MILITAR N° 1“ELOY ALFARO”**



**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 cuál ha sido la causa y hace cuánto tiempo. (Adjuntar certificado médico que especifique la causa en caso de tenerlo) .....*

.....  
.....

**3. ¿EXISTE ALGUNA CAUSA MÉDICA 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 la enfermedad (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 Carnét del Conadis) .....*

.....



**FUERZA TERRESTRE  
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS  
COLEGIO MILITAR N° 1“ELOY ALFARO”**



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

SI                       NO

*En caso de que la respuesta sea SI, desde hace cuánto tiempo e indicar la medicación que usa. (Adjuntar Certificado Médico) .....*

.....

.....

.....

**7. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA?**

ASMA    SI     NO

BRONQUITIS                                    SI     NO

FIBROSIS PULMONAR    SI     NO

OTROS .....

*En caso de que la respuesta sea SI, indicar la medicación que usa. (Adjuntar Certificado*

*Médico) .....*

.....

**8. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA (CORAZÓN)?**

SI                       NO

*En caso de que la respuesta sea SI, especifique la enfermedad y la medicación que usa. (Adjuntar Certificado Médico) .....*

.....

**9. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**

SI                       NO

*En caso de que la respuesta sea SI, especifique a qué, cuáles son los síntomas que suele presentar y la medicación que usa. (Adjuntar Certificado Médico) .....*

.....

.....

.....

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

SI                       NO

*En caso de que la respuesta sea SI, especifique. (Adjuntar Certificado Médico) .....*

.....

.....



**FUERZA TERRESTRE  
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS  
COLEGIO MILITAR N° 1 "ELOY ALFARO"**



**11. Usted autoriza (bajo su responsabilidad) 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 institución, nos permita coordinar con el ECU911 para que su representado sea trasladado al establecimiento 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 clínica de convenio por algún accidente que no sea emergencia y que no comprometa la vida del paciente, acudir a la institución para luego ser trasladado en su compañía hasta la clínica de convenio.**

**SI  NO**

*En caso de que la respuesta sea NO, especifique el motivo. ....*

.....

**14. Yo, padre/madre o representante legal, me comprometo a acudir al llamado del dispensario médico 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 de que la respuesta sea SI, adjuntar el certificado de vacunación.*



**FUERZA TERRESTRE  
UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS  
COLEGIO MILITAR N° 1“ELOY ALFARO”**



**ADJUNTAR LA COPIA DEL CARNET DE VACUNACIÓN DEL CADETE**

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

**ADJUNTAR LA COPIA DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS RESPECTIVOS  
QUE VALIDEN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES O DE RIESGO DE  
LOS CADETES.**

**NOTA:** En caso de no informar con veracidad y legitimidad sobre alguna enfermedad o proceso de salud en relación con mi hijo (a) o representado (a), deslindo de cualquier responsabilidad a la U.E FF.AA Colegio Militar No.1 “Eloy Alfaro”.

**Información certificada por el padre / madre o representante legal:**

NOMBRES Y APELLIDOS:

NUMERO DE CEDULA:

CORREO ELECTRONICO:

TELEFONO:

FIRMA: .....