



**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: