



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "DE LA PROVIDENCIA"

Hijas de la Caridad - Guayaquil

"Más de ciento cincuenta años y seguimos apostando por la educación"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA FICHA DE DATOS MÉDICOS ESTUDIANTIL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE (completos):	
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): EDAD:	
CURSO:	PARALELO:
GRUPO SANGUÍNEO (en caso de conocerlo):	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
PARENTESCO:	CELULAR:
DIRECCIÓN:	
EN CASO DE EMERGENCIAS LLAMAR A:	
CELULAR:	
EL/LA ESTUDIANTE ¿HA TENDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS? En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario:	
ASMA..... <input type="checkbox"/>	EPILEPSIAS O CONVULSIONES <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS..... <input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA SEVEROS..... <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CARDIACAS..... <input type="checkbox"/>	SANGRADOS NASALES..... <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES GÁSTRICAS..... <input type="checkbox"/>	FRACTURAS O TRAUMATISMOS EN LOS ULTIMOS 60 DÍAS..... <input type="checkbox"/>
DIABETES..... <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... <input type="checkbox"/>



OTROS:

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?

SI NO En caso de afirmativo, especificar cual:

¿REACCIÓN ALÉRGICA A LOS MEDICAMENTOS O ALIMENTOS? Describa cuales:

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL?

SI NO En caso de afirmativo, especificar cual:

FIRMA Y CÉDULA DEL REPRESENTANTE