



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "FRANCISCA DE LAS LLAGAS"

Domingo Espinar Oe8 N23-73 y Diego Zorrilla
Teléfono: 2523-664 / 2232-514 Fax: 32022195
Quito - Ecuador

"Educar, amar y servir"



DEPARTAMENTO MÉDICO FICHA MEDICA ESCOLAR 2026 - 2027

FOTO

Año Lectivo	Sección	Grado/Curso

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
C.I. Estudiante:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: M ☐ F ☐	
				Grupo Sanguíneo:	
Dirección domiciliaria del Estudiante:					
Nombres del Padre:				Teléfono:	
Nombres de la Madre:				Teléfono:	
Contacto de emergencia: (Nombre)				Teléfono:	
Autorización de retiro:		Sí ☐ No ☐		Parentesco:	

SITUACIÓN FAMILIAR:			
Padres convivientes ☐	Separados/divorciados ☐		
Tutor legal ☐	Otro: _____		
RESPONSABILIDAD LEGAL Y DE CUIDADO DEL ESTUDIANTE:			
Madre ☐	Padre ☐	Compartida ☐	Tutor legal ☐
¿EXISTE ALGUNA RESTRICCIÓN LEGAL PARA EL RETIRO O CONTACTO CON EL ESTUDIANTE?			
Sí ☐ No ☐			
Persona con restricción:			
Autoridad o entidad que emite la medida:			
Documento de respaldo se debera entregar en el dep. legal institucional.			

EN CASO DE EMERGENCIA EL 1º CONTACTO SE REALIZARÁ CON:			
Madre ☐	Padre ☐	Contacto de emergencia ☐	Otro ☐ _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE:			
Edad: ____ años		Peso: ____ kg	Talla: ____ cm
Tipo de parto: _____		¿Presentó complicaciones o malformaciones al nacer? Sí ☐ No ☐	
		Especifique: _____	
¿EL ESTUDIANTE HA PADECIDO O PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD?			
Condición o enfermedad	Sí	No	Observaciones
Asma	☐	☐	_____
Rinitis alérgica	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____

Anemia o desnutrición	☐	☐	
Epilepsia	☐	☐	
Migraña	☐	☐	
Ansiedad	☐	☐	
Depresión	☐	☐	
Enfermedades cardiovasculares	☐	☐	
Enfermedades digestivas	☐	☐	
Enfermedades genitourinarias	☐	☐	
Enfermedades musculoesqueléticas	☐	☐	
Enfermedades de la piel	☐	☐	
Problemas de visión – Usa lentes	☐	☐	
Problemas de audición – Usa audífonos	☐	☐	
Patologías neurológicas	☐	☐	
¿Presenta alguna alergia? Sí ☐ No ☐			
En caso afirmativo, especifique: Medicamento: _____ Alimento: _____ Otro producto o sustancia: _____			
Medicación que toma en caso de alergia: _____			
<i>Adjuntar certificado o informe médico en caso de presentar antecedentes de alergias.</i>			

HOSPITALIZACIONES:
Indique causa, tiempo de permanencia y edad: _____
ACCIDENTES:
¿Ha presentado accidentes de importancia? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, indique secuelas o complicaciones: _____
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:
¿Ha sido sometido(a) a cirugía? Sí ☐ No ☐
Especifique procedimiento realizado, causa y edad: _____
PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y TRATAMIENTO ACTUAL:
En caso de presentar enfermedades o patologías crónicas, indique diagnóstico y tratamiento actual: _____
RESTRICCIÓN PARA ACTIVIDAD FÍSICA:
¿Presenta alguna condición médica que limite o impida la realización de actividad física? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, especifique: _____
<i>Adjuntar certificado o informe médico en caso de presentar alguna restricción.</i>
MEDICACIÓN HABITUAL:
En caso de fiebre, dolor u otra molestia, indique los medicamentos que suele recibir: _____
OBSERVACIONES:
Firma del padre/madre/representante legal – C.I.
NOTA: La información consignada en la presente ficha médica es confidencial y de entera responsabilidad de los padres y/o representantes legales del estudiante. La omisión o falta de actualización de los datos exime a la institución de responsabilidad ante situaciones de riesgo o emergencia.