



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"LA PORCIÚNCULA"**

Hermanas Franciscanas Misioneras de la Inmaculada
Simón Bolívar entre Cristóbal Colón y José Antonio Eguiguren, Telf. 2570511
www.laporciuncula.edu.ec
LOJA - ECUADOR



**FICHA MÉDICA DEL
ESTUDIANTE**

| | |
|----------------------|-----------|
| Apellidos: | |
| Nombres: | |
| Cédula de Identidad: | |
| Curso: | Paralelo: |
| Género M() F() | Edad: |
| Fecha de Nacimiento: | |
| Domicilio: | |
| Teléfono: | |

OTROS DATOS

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Grupo Sanguíneo: | Seguro Médico al que pertenece: |
| En caso de emergencia llamar a: | |
| Teléfono(s): | |

INFORMACIÓN GENERAL (MARQUE CON x SI O NO Y EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR QUE MEDICACIÓN REQUIERE)

| | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------|----|-------------------------------------------|
| Esquema de vacunas | Completo () Incompleto () | | |
| Alergia: | SI | NO | A que: |
| Ha tenido reacción a algún medicamento: | | | |
| Asma: | SI | NO | ¿Usa medicación? |
| Cardiopatía: | SI | NO | |
| Diabetes: | SI | NO | |
| Usa anteojos: | SI | NO | ¿Por qué? |
| Tiene vacunación para Covid-19 | SI | NO | Presentó alguna reacción: |
| Ha presentado convulsiones: | SI | NO | Medicación y diagnóstico |
| Ha tenido COVID-19 | SI | NO | ¿Está en tratamiento o presenta secuelas? |



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"LA PORCIÚNCULA"**

Hermanas Franciscanas Misioneras de la Inmaculada
Simón Bolívar entre Cristóbal Colón y José Antonio Eguiguren, Telf. 2570511
www.laporciuncula.edu.ec
LOJA - ECUADOR



| |
|-----------------------------------------|
| Antecedentes quirúrgicos (especifique): |
| |
| Toma medicación constante: |
| Otras enfermedades: |

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre de la persona que llena la ficha:

Parentesco con el estudiante:

Firma:

.....