

 DISPENSARIO MÉDICO "SANTA CLARA DE ASÍS" Atención Médica y Odontología	 Unidad Educativa Fiscomisional SAN FRANCISCO DE ASÍS	 2026 - 2027
---	--	--

El Departamento de Salud de la Unidad Educativa Fiscomisional 'San Francisco de Asís' de la Orden Franciscana en Ecuador es un servicio prestado por el Departamento de Salud 'Santa Clara de Asís', el mismo que constituye un centro de atención primaria, que opera durante la jornada laboral y se enfoca de manera especial en ofrecer los primeros auxilios a la comunidad.

Esta ficha es imprescindible para la atención integral de salud de los estudiantes. La información registrada es confidencial y formará parte de su Historia de Salud, por lo cual **debe ser llenada con total veracidad, sin tachones, sin corrector y obligatoriamente con esferográfico de color azul.**

Para su entrega, le agradecemos colocar su firma junto con las **copias del carnet de vacunación (obligatorio para estudiantes nuevos y de 1ero de básica), así como los informes y certificados médicos originales y copia en caso de presentarse alguna condición médica especial.** Es responsabilidad del representante mantener esta información actualizada en el Dispensario Médico de manera inmediata ante cualquier cambio en el estado de salud del estudiante .

Paz y Bien.

1. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Llenar obligatoriamente con esfero azul, letra imprenta y sin tachones					
Apellidos y nombres :					
(Ejemplo: Perez Armijos Juan Carlos)					
Grado/Curso	EGB / BGU	Paralelo:			
Lugar y fecha de nacimiento:		Edad:			
Grupo Sanguíneo (indispensable):					
Dirección:					
En caso de emergencia llamar a:					
Llenar con letra imprenta sin tachones y esfero azul. El orden debe ser: Apellidos primero					
Apellidos y nombres :		Teléfono:		Parentesco	
Apellidos y nombres :		Teléfono:		Parentesco	
Apellidos y nombres :		Teléfono:		Parentesco	

2. SIGNOS VITALES: (Se llenará durante asistencia al departamento de salud)

Fecha	Motivo de consulta	Peso	Talla	Temperatura Corporal	Presión Arterial	Frecuencia Respiratoria	Saturación de oxígeno

3. PERÍODO PRENATAL:

Durante el embarazo la madre presentó alguna de las siguientes afecciones:

	Sí	No
Rubeola		
Varicela		
Toxoplasmosis		
Preeclampsia		
Diabetes Gestaci.		
Otras:		

4. PERÍODO NATAL:

El parto fue:

Cesárea	
Prematuro	
Normal	

5. ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE:**Llenar con esfero azul, sin tachones ni corrector**

	Sí	No
Alergia:		
Asma:		
Cardiopatía:		
Diabetes:		
Usa anteojos:		
Usa audifono:		
Tiene vacunación al día:		
Ha presentado convulsiones:		
Ha tenido COVID-19		
Otras enfermedades:		

Describa a qué es alérgico:

En caso de no tener todas las vacunas según su edad, méncionelas:

Indique si presenta una condición médica o enfermedad (adjuntar informe y/o certificado médico en este momento). *No se aceptaran entregas posteriores:*

Describa si se encuentra bajo tratamiento médico (en caso de medicación indicar nombre y dosis):

Describa si necesita de algún cuidado especial y motivo:

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Han presentado alguno de sus familiares (hermanos, padres, tíos, abuelos) una de las siguientes enfermedades mencionadas:

	Sí	No	Parentesco
Glaucoma			
Fiebre Reumática			
Hipertensión arterial			
Diabetes			
Obesidad			
Infarto de miocardio			
Otras:			

AUTORIZACIÓN MÉDICA:

Yo, _____, representante legal del estudiante, **AUTORIZO** al Departamento de Salud de la Unidad Educativa para que, en caso de fiebre o dolor agudo (cefalea, dolor menstrual, traumatismos, etc.) se proceda a la administrar de analgésicos y/o antitérmicos básicos, además de realizar los primeros auxilios en caso de ser necesario.

SI _____ NO _____

7. INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de Identidad: _____

Dra. María Fernanda Loja Vega
Responsable del Departamento de Salud