



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027

**DATOS GENERALES:**

**DATOS DEL CADETE:**

NOMBRES DEL CADETE: .....  
APELLIDOS DEL CADETE: .....  
FECHA DE NACIMIENTO: .....  
TIPO DE SANGRE: .....  
NÚMERO DE CÉDULA: .....  
CURSO: .....  
EDAD: .....  
DOMICILIO: .....  
PESO KG: .....  
TALLA: .....

**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: .....  
TELÉFONO CONVENCIONAL: .....  
CELULAR: .....  
CORREO ELECTRÓNICO: .....



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027

**HISTORIAL MÉDICO**

1. **¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O PREEXISTENTE?** SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD (Adjuntar Certificado Médico

Actualizado):

.....

.....

2. **¿HA TENIDO ALGÚN DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO?** SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL HA SIDO LA CAUSA (Adjuntar Certificado Médico

Actualizado):

.....

.....

3. **¿EXISTE ALGÚN MOTIVO, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA?** SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE:

.....

.....

4. **¿ES DIABÉTICO?** SI  NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE SI SE ADMINISTRA ALGUNA MEDICACIÓN:

.....

.....

5. **TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.** SI  NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE QUÉ TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD (Adjuntar Carnet del Ministerio de Salud Pública Actualizado):



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
**FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027**

.....  
.....

6. ¿TIENE O HA SUFRIDO EPILEPSIA O CONVULSIONES? **SI**  **NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDICAR SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO:

.....  
.....

7. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD PULMONAR?  
ASMA **SI**  **NO**   
BRONQUITIS **SI**  **NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDIQUE EL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE MEDICACIÓN QUE UTILIZA (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

.....  
.....

8. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA (CORAZÓN)? **SI**  **NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE TIPO DE PATOLOGÍA. (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

.....  
.....

9. ¿ES ALÉRGICO? **SI**  **NO**

ESPECIFIQUE A QUE:

.....  
.....

QUE SINTOMATOLOGÍA SUELE PRESENTAR:

.....  
.....

QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA ALERGIA:

.....



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027

10. ¿HA TENIDO LESIONES IMPORTANTES (CIRUGÍAS-FRACTURAS)? SI  NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE (Adjuntar Certificado Médico Actualizado):

.....

.....

11. USTED AUTORIZA EN CASO DE EMERGENCIA COORDINAR CON EL ECU-911 PARA QUE SU REPRESENTADO/A SEA TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, HASTA SU LLEGADA. SI  NO

FIRMA DEL REPRESENTANTE	C.I.
-------------------------	------

12. YO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL, ME COMPROMETO A ACUDIR DE INMEDIATO AL LLAMADO DEL CONSULTORIO MÉDICO EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA QUE COMPROMETA LA SALUD DE MI REPRESENTADO/A. SI  NO

FIRMA DEL REPRESENTANTE	C.I.
-------------------------	------

13. HA SIDO DIAGNOSTICADO POSITIVO PARA (COVID 19) MEDIANTE PRUEBA PCR O CUANTITATIVA. SI  NO

DE SER POSITIVA LA RESPUESTA ESPECIFIQUE HACE QUE TIEMPO Y SI HUBO ALGUNA SECUELA POST-COVID-19.

.....

.....

14. ¿HA SIDO VACUNADO CONTRA EL COVID-19? SI  NO   
ADJUNTAR CERTIFICADO DE VACUNACIÓN.



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
**FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027**

ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DEL CARNET DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN BÁSICO DEL MSP DEL CADETE (Indispensable para Educación Inicial y E.G.B.)

ADJUNTAR COPIA A COLOR LEGIBLE Y/O DOCUMENTO DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS ACTUALIZADOS QUE VALIDEN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES O DE RIESGO DE LOS CADETES.

**EN CASO DE NO INFORMAR OPORTUNAMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROCESO DE SALUD EN RELACIÓN CON MI HIJO (A) O REPRESENTADO (A) DESLINDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR COSME RENNELLA BARBATTO. UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LO EXPUESTO EN ESTE DOCUMENTO, CERTIFICÓ Y FIRMÓ LA INFORMACIÓN COMO REPRESENTANTE LEGAL:**

REPRESENTANTE:	ABOGADO DE LA UE FFAA COMIL 13
FIRMA	FIRMA
<b>NOMBRE:</b> <b>C.I.:</b> <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> <b>Nro. CELULAR:</b>	<b>NOMBRE:</b> <b>C.I.:</b> <b>COD:</b>

**Nota: Llenar correctamente el formulario adjunto del Ministerio de Salud Pública (MAIS-CE)**



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR**  
**“COSME RENNELLA BARBATTO”**  
**FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027**

**FICHA DE AUTORIZACIÓN**

La siguiente ficha de registro es absolutamente confidencial, solo será conocida por el equipo de salud escolar de la institución educativa, con el fin de lograr una mejor atención del estudiante durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos contestar correctamente todas las preguntas. La entrega de la presente ficha se debe realizar durante los primeros días del año lectivo.

<b>I. Datos Generales del estudiante</b>		<b>Código AMIE: 17H00228</b>	
<b>Nombre del estudiante:</b> (apellido paterno, materno y nombres)			
<b>Fecha de nacimiento:</b> (Día/mes/año)			<b>Año lectivo:</b> 2026 - 2027
<b>Dirección del domicilio:</b>			<b>Teléfono:</b>
<b>Nombre del representante, o familia responsable:</b>			<b>Teléfono celular:</b>
<b>Teléfono fijo:</b>	SI	NO	<b>Nombre del seguro:</b> (Puede ser IESS, ISSFA, ISSPOL u otro)
<b>¿El estudiante posee seguro médico? (Marque con una X)</b>			
<b>Establecimiento de salud al que normalmente acude</b>			
<b>¿El estudiante sabe nadar?</b>	SI	NO	<b>Grupo sanguíneo factor RH:</b> (ej ORH+)
<b>En caso de urgencia llamar a (orden de importancia). Indique obligatoriamente al menos un número fijo de contacto</b>			
<b>1. Nombre del representante o familiar responsable</b>			
	Parentesco:	Teléfono Cel:	
			Teléfono Fijo:
<b>2. Nombre del representante o familiar responsable</b>			
	Parentesco:	Teléfono Cel:	
			Teléfono Fijo:
<b>3. Nombre del representante o familiar responsable</b>			
	Parentesco:	Teléfono Cel:	
			Teléfono Fijo:



## UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "COSME RENNELLA BARBATO"

FICHA DE HISTORIAL MÉDICO AÑO LECTIVO 2026 - 2027

II. INFORMACIÓN IMPORTANTE				
	Condición	SI	NO	Cuál/ cuáles
Si usted considera que existe alguna condición médica importante en el estudiante, Mencionar, por favor explíquelo a continuación:	¿Ha sido diagnosticado con alguna/s enfermedad/es que Ud. Considere importante/s?			
	¿Ha sido sometido a cirugías previas?			
	¿Tiene alergias?			
	¿Qué medicamentos usa?			
Si el estudiante requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, el representante debe enviar el medicamento con la indicación médica correspondiente por agenda a través del docente-tutor.				
III. AUTORIZACIÓN				
Yo, ..... con número de cédula ..... autorizo que mi representado ..... con número de cédula ....., reciba atención médica escolar, y en caso de una urgencia, sea trasladado al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él si es necesario. Declaro que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la UE UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR COSME RENNELLA BARBATO, cualquier modificación de ésta.				
Fecha: ____ de _____ de 2025.				
Firma del padre de familia o representante legal (o huella digital)				
Nombre y apellidos:				
<b>Observaciones:</b> En caso de que por razones culturales/religiosas Ud., no autorice que su representate reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cual (por ejemplo: transfusión de sangre).				

**Nota:** Llenar correctamente el formulario adjunto del Ministerio de Salud Pública (MAIS-CE)