



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SANTA MARIANA DE JESÚS"
DEPARTAMENTO MÉDICO
Año Lectivo 2023-2024
Loja – Ecuador



ESTIMADO PADRE/MADRE DE FAMILIA, POR FAVOR DIGNESE LLENAR
 COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE A SU REPRESENTAD@

DATOS DEL PACIENTE:

FECHA:

NOMBRES Y APELLIDOS: EDAD:

..... **INDISPENSABLE DE LLENAR:**

TALLA PESO.....

LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR

DE RESIDENCIA:

GRADO/CURSO:

TELEFONO DE LA MADRE O DEL PADRE:

ANTECEDENTES PERSONALES:

NACIMIENTO: PARTO NORMAL..... CESAREA.....

DESARROLLO NORMAL SI..... NO.....

VACUNAS COMPLETAS SI NOPOR QUE?.....

DOSIS COVID 19: CUANTAS DOSIS HA RECIBIDO PARA COVID 19:

HA PRESENTADO COVID 19: SI NO

HA DEJADO SECUELAS: ESPECIFIQUE:.....

PRESENTA CUADROS DE ALERGIAS SI NOTIENE TRATAMIENTO.....

ACCIDENTESSI.....NO..... DE QUE TIPO..... HA ESTADO
 HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ Y POR QUE.....

..... ALGUNA
 ALTERACION A NIVEL MUSCULAR, ARTICULAR ESPECIFIQUE.....

.....
 TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.....

TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA.....

TIENE UNA ALIMENTACION SALUDABLE HORAS DE

SUEÑO NORMAL..... REALIZA ACTIVIDAD

FISICA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

MADRE O PADRE: TIENEN DIABETES, HIPERTENSION, OBESIDAD, ALERGIAS U OTRAS

ENFERMEDADES. ESPECIFIQUE.....

.....

Elaborado por:

Dra. Ana Montañó P. MEDICO DE
 LA INSTITUCIÓN