



FICHA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Datos generales del estudiante					
Nombre del estudiante: (apellido paterno, materno y nombres)					
Fecha de nacimiento: (Día/mes/año)					
Dirección del domicilio:		Teléfono:			
Nombre del representante		Parentesco:			
Teléfono fijo:		Tel. celular			
¿El estudiante posee seguro médico? (Marque con una X)					
	SI		NO		Nombre del seguro: (Puede ser IESS, ISSFA, ISSPOL u otro)
Grupo sanguíneo y factor RH: (Ej: O+)					
En caso de urgencia llamar a (orden de importancia), Indique obligatoriamente al menos un número fijo de contacto:					
Nombre del representante, o familiar responsable					
	Parentesco:		Teléfono:		
Nombre del representante, o familiar responsable					
	Parentesco:		Teléfono:		
Información importante					
Si usted considera que existe alguna condición médica importante en el estudiante. Mencionar, por favor explíquelo a continuación.	CONDICIÓN	SI	NO	Cuál/cuáles	
	¿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 deberá enviar el medicamento con la indicación médica correspondiente al departamento médico de la institución					



UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "DON BOSCO"

Formando "Buenos Cristianos y Honrados Ciudadanos"



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 Unidad Educativa Fiscomisional Don Bosco cualquier modificación de ésta.

Fecha: _____ de _____ del 202

Firma del padre de familia o representante legal

Nombre y apellidos

Observaciones: En caso de que por razones culturales/religiosas Ud. no autorice que su representante reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cuál (por ejemplo: transfusión de sangre).