



# FUERZA TERRESTRE

## UNIDAD EDUCATIVA DE FF.AA COLEGIO MILITAR No 14 "CRNL. LUCIANO CORAL"

### ANEXO "D"

#### FICHA DE HISTORIAL MÉDICO RÉGIMEN SIERRA - AMAZONIA 2024-2025

##### DATOS GENERALES:

##### **DATOS DEL CADETE:**

NOMBRES:  
APELLIDOS:  
FECHA DE NACIMIENTO:  
TIPO DE SANGRE:  
NÚMERO DE CÉDULA:  
CURSO:  
EDAD:  
DOMICILIO:  
PESO Kg:  
TALLA:

##### **DATOS DEL PADRE:**

NOMBRES:  
APELLIDOS:  
TELÉFONO CONVENCIONAL:  
CELULAR:  
CORREO ELECTRÓNICO:

##### **DATOS DE LA MADRE:**

NOMBRES:  
APELLIDOS:  
TELÉFONO CONVENCIONAL:  
CELULAR:  
CORREO ELECTRÓNICO:



## 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:

-----

3. **¿EXISTE ALGÚN MOTIVO, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA?** **SI**  **NO**   
 EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE (Adjuntar certificado médico actualizado)

-----

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)

-----

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

-----



**9. ¿ES ALÉRGICO?**

SI  NO

ESPECIFIQUE A QUE: \_\_\_\_\_

QUE SÍNTOMATOLOGÍA SUELE PRESENTAR: \_\_\_\_\_

QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA LA ALERGIA: \_\_\_\_\_

**10. ¿HA TENIDO LESIONES IMPORTANTES (CIRUGÍAS-FRACTURAS)?**

SI  NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE. (Adjuntar Certificado médico actualizado)

-----

**11. AUTORIZA USTED QUE, EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA, SE ADMINISTRE MEDICACIÓN Y/O REALICEN PROCEDIMIENTOS QUE, SEGÚN EL CRITERIO DEL PROFESIONAL NECESITE SU REPRESENTADO/A.**

SI  NO

<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE</b>	<b>C.I.</b>
--------------------------------	-------------

**12. USTED AUTORIZA EN CASO DE EMERGENCIA COORDINAR CON EL ECU-911 PARA QUE SU REPRESENTADO SEA TRASLADADO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, HASTA SU LLEGADA.**

SI  NO

<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE</b>	<b>C.I.</b>
--------------------------------	-------------

**13. EN CUANTO AL SEGURO MÉDICO PARTICULAR (ACCIDENTES), ESPECIFICAR EL NOMBRE DEL SEGURO SI NO ES EL DISPUESTO POR EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, ASÍ MISMO, INDIQUE LA CLÍNICA DE CONVENIO A LA QUE SE DEBE TRASLADAR, EN CASO DE SER NECESARIO.**

-----

**14. 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.**

<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE</b>	<b>C.I.</b>
--------------------------------	-------------

**15. 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.



16. ¿HA SIDO VACUNADO CONTRA LA COVID-19?  
 ADJUNTAR CERTIFICADO DE VACUNACIÓN.

SI  NO

**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.B.G.)

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 DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR No. 14 "CRNL. LUCIANO CORAL".**

**UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LO EXPUESTO EN ESTE DOCUMENTO, CERTIFICO Y FIRMO LA INFORMACIÓN COMO REPRESENTANTE LEGAL:**

<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>
<b>FIRMA</b>
<b>NOMBRE:</b> <b>C.I.:</b> <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> <b>Nro. CELULAR:</b>

**Nota:** Llenar correctamente el formulario de autorización de valoración médica, adjuntando la cédula del estudiante y representante legal.