



Unidad Educativa

FERNANDEZ SALVADOR – VILLAVICENCIO PONCE

“Comunidad que educa con el corazón”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia, mediante el proceso educativo los estudiantes se encuentran expuestos a diversos factores de riesgo ambientales que pueden influir en la salud, entre las afecciones más comunes se pueden presentar: procesos gripales, cefaleas debidas al sol o tensión, epistaxis (sangrados nasales), caídas, cortes, mareos, vómitos, entre otras. Por tal motivo el departamento médico y en base al anexo 1 del modelo integral de salud escolar – MISE solicita la autorización:



Autorización:

La presenta es solo una aclaración del adulto responsable del niño, niña y adolescente a su cargo para conocimiento de la escuela:

Yo _____, autorizo que mi representado (estudiante) reciba atención medica escolar, y en caso de un urgencia, sea trasladado al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él si fuera necesario.

En caso de que por razones culturales/religiosas Ud. No autorice que su representado reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cual. _____

Las abajo afirmaciones declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la Unidad educativa Fernández Salvador Villavicencio Ponce cualquier modificación de esta.

Fecha:de.....de 201.. .

Firma de apoderado responsable:	
Nombres y Apellidos	

Recuerda: Se debe entregar este documento en la institución educativa durante los primeros días del año lectivo.

APRUEBO

Yo Representante legal del estudiante perteneciente al curso de la Unidad Educativa Fernández Salvador Villavicencio Ponce (FESVIP), apruebo al departamento médico de la institución la administración de medicación en mi representado o realizar procedimientos menores como curación de heridas en caso de ser necesario, en el año lectivo 2024-2025.

Firma del Representante:
Cédula del Representante:

NO APRUEBO

Yo Representante legal del estudiante perteneciente al curso de la Unidad Educativa Fernández Salvador Villavicencio Ponce (FESVIP), **NO** apruebo al departamento médico de la institución la administración de medicación en mi representado o realizar procedimientos menores como curación de heridas en caso de ser necesario, en el año lectivo 2024-2025.

Firma del Representante:
Cédula del Representante:

En este caso se comunicará con los padres de familia para retiro inmediato del estudiante.

OBSERVACIONES:



Unidad Educativa

FERNANDEZ SALVADOR - VILLAVICENCIO PONCE

"Comunidad que educa con el corazón"



FICHA DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - DEPARTAMENTO MEDICO FESVIP

Nombres y apellidos del estudiante	
Lugar y fecha de nacimiento	
Edad	
Cédula de identidad	
Dirección actualizada y teléfono	
En caso de emergencia comunicar a 2 números de teléfonos	
Dispone de algún seguro médico?	

ANTECEDENTES PERSONALES DEL NIÑO (A) O ADOLESCENTE:

Vacunas para la edad (Copia del carné estudiantes inicial)	Completas ()	Incompletas ()
Se colocó las vacunas para COVID-19	SI ()	NO ()
	Especifique número dosis:	
Alergias medicamentosas (Si/No) especifique		
Grupo sanguíneo		
Tipo de parto	Normal ()	Cesárea ()
Hospitalización al nacer	Si ()	No ()
	Especifique la razón:.....	
Utiliza algún medicamento todos los días?		
Ha tenido alguna cirugía?		
Tiene alguna enfermedad crónica (Asma, rinitis alérgica, sinusitis, etc.)		
Tiene alguna discapacidad?		
Edad de la primera menstruación Menarquia?		

INFORMACION Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiares con enfermedades crónicas o congénitas (Diabetes, hipertensión, cardiopatías, etc.)	
Número de hermanos y edades	
Lugar que ocupa entre ellos	
Núcleo Familiar (quienes viven con el alumno)	
Adjuntar reporte odontológico	

EXAMEN FISICO

Peso (kg):	Talla (cm):
-------------------	--------------------

Firma del representante
CI: