

U. E. Francés de Quito Salud y Seguridad	 <b>REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE ANTIGUO - DPTO. MÉDICO</b>	Código: FQ-R4-08 Versión: 1 Fecha: 16/11/16
---	---	---

**AÑO LECTIVO:** 2018 - 2019

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN INFORMACIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/LA ESTUDIANTE:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:(dd/mm/aa)
DOMICILIO:
SECTOR:
TELÉFONO CONVENCIONAL Y CELULAR (PADRE Y MADRE):

**2.- DATOS DE SALUD:**

- El estudiante durante el último año tiene alguna condición médica específica: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Especificar medicamentos que utiliza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Usa lentes: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

**3.- SEGURO MÉDICO**

- El estudiante cuenta con un seguro de salud o accidentes: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_
- Si cuenta con un seguro de salud o accidentes, especifique el nombre de la empresa:

\_\_\_\_\_

- ¿El representante tomará la opción de seguro de accidentes personales que brinda la Unidad Educativa Francés de Quito? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

La Unidad Educativa Francés de Quito en caso de requerir atención médica a partir del segundo nivel de atención para el estudiante a causa de accidente que supere nuestra capacidad resolutive, deslinda responsabilidad en caso no tomar el seguro de accidentes personales, siendo el representante legal el responsable directo del estado de salud del estudiante.

Yo, \_\_\_\_\_ Representante legal del estudiante  
\_\_\_\_\_ declaro haber proporcionado la información  
correcta en relación a datos médicos, seguro médico.

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_  
**CÉDULA:** \_\_\_\_\_  
**FECHA:** \_\_\_\_\_