



**REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL DEL  
ESTUDIANTE NUEVO - DPTO. MÉDICO**

**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 tiene algún tipo de discapacidad: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

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

- El estudiante tiene alguna condición médica específica: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

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

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

**3.- HISTORIA VITAL**

**3.1 Embarazo y Parto**

- Edad de la madre en el embarazo: \_\_\_\_\_

- Accidentes o enfermedades en el embarazo: \_\_\_\_\_

- Medicamentos durante el embarazo: \_\_\_\_\_

**PARTO:** A término  Prematuro

Cesárea  Parto normal

- Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo (preclamsia, hipoxia, etc.)

**3.2 Datos del/la niño/a recién nacido:**

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Talla al nacer: \_\_\_\_\_

Edad en la que empezó a caminar: \_\_\_\_\_

Edad a la que hablo por primera vez: \_\_\_\_\_

Periodo de lactancia: \_\_\_\_\_

Edad hasta la cual utilizó biberón: \_\_\_\_\_

Edad en que aprendió a controlar esfínteres: \_\_\_\_\_

**3.3 Enfermedades (desde la infancia hasta la actualidad)**

- Enfermedades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Alergias: \_\_\_\_\_
- Cirugías: \_\_\_\_\_
- Usa lentes: **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**3.4 Antecedentes patológicos familiares (enfermedades en: padres, hermanos, tíos, primos, abuelos):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4.- 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:** \_\_\_\_\_