



# UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR BILINGÜE "LICEO ECUATORIANO"



## DEPARTAMENTO MÉDICO – ODONTOLÓGICO – PSICOLÓGICO SALUD DEL ESTUDIANTE

<b>EL ESTUDIANTE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN:</b>						<b>(COLOQUE UNA X EN LA OPCIÓN QUE USTED ELIJA)</b>					
CENTRO DE SALUD:		SUBCENTRO DE SALUD:		HOSPITAL PÚBLICO:		CENTRO PRIVADO:					
<b>CONTROL MÉDICO</b>	ANUAL:		TRIMESTRAL:			SOLO SI SE ENFERMA					
<b>EL ESTUDIANTE PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA</b>						SI		NO			
DETERMINAR CUAL:											
<b>EL ESTUDIANTE RECIBE MEDICACIÓN DE TIPO CRÓNICO:</b>						SI		NO			
DETERMINA CUAL Y DOSIS ADMINISTRADA:											
<b>ES ALÉRGICO A MEDICAMENTOS, OTRAS SUSTANCIAS O CONDICIONES CLIMÁTICAS:</b>						SI		NO			
DETERMINAR CUAL:											
<b>ACTUALMENTE ESTA CON TRATAMIENTO MÉDICO, ODONTOLÓGICO O PSICOLÓGICO:</b>						SI		NO			
DETERMINAR CUAL:											
<b>ENFERMEDADES GRAVES:</b>											
HORMONALES	INFECCIOSAS	BRONCOPULMONARES	RENALES	HEPÁTICAS	VISUALES						
CONVULSIONES	MENINGITIS	MOTRIZ	TRAUMATISMOS	AUDITIVAS							
<b>EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD PSICOLÓGICA O PSICOPEDAGÓGICA</b>						SI		NO			
DETERMINAR CUAL:											
<b>EL ESTUDIANTE TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD:</b>						SI		NO			
DETERMINAR CUAL:											
<b>INDIQUE EL GRADO O PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD QUE PRESENTA (M.S.P. - CONADIS):</b>						%					
<b>INDIQUE A QUE GRUPO SANGUÍNEO PERTENECE:</b>											
<b>DATOS INFORMATIVOS DEL/LA MÉDICO/A QUE ATIENDE REGULARMENTE AL ESTUDIANTE:</b>											
<b>ORGANIZACIÓN FAMILIAR</b>											
<b>EL ESTUDIANTE VIVE ACTUALMENTE CON:</b>				PADRE:	MADRE:	HERMANOS:	OTROS:				
<b>NUMERO DE HERMANOS:</b>				VARONES		MUJERES					
<b>LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS:</b>											
<b>OTROS MIEMBROS QUE VIVAN CON LA FAMILIA:</b>											
<b>LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES SON:</b>				BUENA:	REGULAR:	MALA:					
<b>TIPO DE HOGAR:</b>				COMPLETO:	MONOPARENTAL:						
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR:</b>				BUENA:	REGULAR:	MALA:					
<b>DE QUIEN DEPENDE EL ESTUDIANTE ECONÓMICAMENTE:</b>				PADRE:	MADRE:	HERMANOS:	OTROS:				
<b>PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES:</b>											
<b>TIPO DE VIVIENDA:</b>				ARRENDADA:	PROPIA:	FAMILIAR:					
<b>PADRE TELÉFONO:</b>		CELULAR:	<b>MADRE TELÉFONO:</b>		CELULAR:						
<b>EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:</b>						FONO:	CELULAR:				
<b>PARENTESCO:</b>	PADRE:	MADRE:	OTRO:								

**NOTA: LOS ESTUDIANTES DE 1° Y 2° DE BÁSICA ADJUNTAR AL FORMULARIO LA COPIA DEL CARNÉ DE VACUNAS.**