

**FICHA DE AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
CENTROS MUNICIPALES DE EDUCACIÓN INICIAL
UNIDADES EDUCATIVAS MUNICIPALES**

Esta ficha es absolutamente confidencial, conforme la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente. Sólo será conocida por el equipo de salud de la Institución Educativa, con el fin de lograr una mejor atención del/la estudiante durante su jornada escolar y en casos de urgencia/emergencia. Para ello, solicitamos a Usted contestar correctamente todas las preguntas, para que la información sea correcta y completa.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:						
DATOS GENERALES DEL/LA ESTUDIANTE		AÑO LECTIVO:		Grado:		
Apellidos Completos:						
Nombres Completos:						
Cédula de Identidad:						
Autoidentificación Étnica:			Nacionalidad:			
Grupo Sanguíneo del/la estudiante:						
Fecha de nacimiento		Día:	Mes:	Año:		
Dirección Domicilio		Cantón:	Parroquia:	Barrio:	Calles:	
El/la estudiante posee seguro médico? (Marque con una X)		Sí ()		NO ()		
Establecimiento de salud al que acude normalmente		Nombre del Seguro (IESS, ISSFA, ISSPOL u otro):				
¿El/la estudiante sabe nadar?						Sí ()
DATOS GENERALES DEL/LA REPRESENTANTE						
Nombres y Apellidos Representante:			Parentesco:			
Teléfono Fijo:		Celular:		Correo electrónico:		
Autoidentificación Étnica:			Nacionalidad:			
EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A : (Indique obligatoriamente al menos un número de teléfono fijo)						
1. Nombres y Apellidos:					Teléfono Fijo:	
Parentesco:					Celular:	
2. Nombres y Apellidos:					Teléfono Fijo:	
Parentesco:					Celular:	
IMPORTANTE						
Si Usted considera que existe alguna condición médica del/la estudiante que considere importante mencionar, detalle a continuación:	CONDICIÓN			SÍ	NO	CUÁL / CUÁLES
	Enfermedad/es importantes:					
	Cirugías previas:					
	Alergias	Alimentarias:				
		A medicamentos:				
		Picaduras de insectos:				
Otras:						
Medicamentos:						

NOTA: Si el/la estudiante se encuentra bajo algún tratamiento previo específico durante el horario de permanencia en la Institución Educativa, el/la representante deberá entregar personalmente el medicamento y/o la respectiva indicación médica, en el Establecimiento de salud de la Institución Educativa.

AUTORIZACIÓN:

AUTORIZO a que mi representado/a reciba atención integral de salud y tratamiento farmacológico completo por el Establecimiento de Salud de la Institución Educativa, en caso que se requiera, y en caso de una urgencia/emergencia, sea trasladado/a al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él, si es necesario. **CONOZCO** que:

- En caso de ser necesario, se aplicarán primeros auxilios médicos y/o psicológicos a mi representado/a, y los protocolos y rutas de actuación dispuestas por las autoridades.
- Dentro de la atención integral de salud, se encuentra la medición de hemoglobina capilar a través de la obtención de sangre del dedo, para la detección de anemia, y la medición de parámetros biológicos, de acuerdo a la normativa vigente.
- Dentro de la atención integral de salud, se encuentra la aplicación de vacunas del esquema de inmunizaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Dentro de la atención integral de salud, se encuentra la atención odontológica y sus procedimientos pertinentes, en caso de ser necesario.
- Dentro de las atenciones mencionadas se levantará y manejará información mía y de mi representado/a de forma confidencial, en apego a la normativa legal vigente.
- Puedo retirar mi autorización cuando lo estime oportuno.

En caso de que por razones culturales/religiosas y/o de otra índole, Usted **no autorice** que su representado/a reciba algún tratamiento o terapia médica específica, por favor indique cuál _____

El/la abajo firmante declara que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad, y se compromete a comunicar por escrito, a la Institución Educativa, cualquier modificación de ésta.

Fecha: _____

Firma del Representante del/la estudiante:	
Nombres y Apellidos:	Nro. de documento de identidad:

NEGATIVA DE LA AUTORIZACIÓN:

NO AUTORIZO a que mi representado/a reciba atención integral de salud ni tratamiento farmacológico completo por el Establecimiento de Salud de la Institución Educativa, en caso de que se requiera, ni que, en caso de una urgencia/emergencia, sea trasladado/a al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él, si es necesario. **ASUMO** la responsabilidad sobre la salud de mi representado/a y deslindo de responsabilidades futuras de cualquier índole a los servicios de salud y al/los profesional/les sanitario/s que lo/la atienden por no realizar la/las atención/es sugerida/s.

El/la abajo firmante declara que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad, y se compromete a comunicar por escrito, a la Institución Educativa, cualquier modificación de ésta.

Fecha: _____

Firma del Representante del/la estudiante:	
Nombres y Apellidos:	Nro. de documento de identidad:

REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN:

REVOCO la autorización emitida en fecha _____ y no deseo que mi representado/a prosiga con la atención integral de salud, ni tratamiento farmacológico completo por el Establecimiento de Salud de la Institución Educativa, en caso de que se requiera, ni que, en caso de una urgencia/emergencia, sea trasladado/a al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él, si es necesario. Doy por finalizada la autorización en esta fecha: _____. **ASUMO** la responsabilidad sobre la salud de mi representado/a y deslindo de responsabilidades futuras de cualquier índole a los servicios de salud y al/los profesional/les sanitario/s que lo/la atienden por no realizar la/las atención/es sugerida/s.

El/la abajo firmante declara que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad, y se compromete a comunicar por escrito, a la Institución Educativa, cualquier modificación de ésta.

Firma del Representante del/la estudiante:	
Nombres y Apellidos:	Nro. de documento de identidad: