Secretaría de Salud

Quito Alcaldía Metropolitana

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. Solo 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: **UNIDAD EDUCATIVA MUNICIPAL FERNÁNDEZ MADRID**			**Modalidad: Presencial**
AÑO LECTIVO: 2023-2024	**Grado: Segundo**	**Paralelo: "A"**	**Jornada: Matutina/Vespertina**

DATOS GENERALES DEL/LA ESTUDIANTE				
Apellidos Completos:	**MALDONADO CARRERA**			
Nombres Completos:	**RUTH VALENTINA**			
Cédula de Identidad:	**1715695670**			
Autoidentificación Étnica:	**MESTIZO/AFROAMERICANO/ INDÍGENA/OTRAS ESPECIFICIAR**		Nacionalidad: **ECUATORIANO/ OTRAS ESPECIFICAR**	
Grupo Sanguíneo del/la estudiante:	**FAVOR REALIZA TIPIFICACIÓN SANGUINEA**			
Fecha de Nacimiento:	Día: 07	Mes: 04		Año: 2015
Dirección Domicilio:	Cantón: Quito	Parroquia: San Juan	Barrio: Miraflores Alto	Calles: Calle principal, numeración, calle secundaria
El/la estudiante posee seguro médico? (Marque con una X)	Sí ( )	NO ( )	Nombre del Seguro (IESS, ISSFA, ISSPOL u otro):	
Establecimiento de salud al que acude normalmente	Especificar donde tiene sus controles habituales			
¿El/la estudiante sabe nadar?	Sí ( )	NO ( )		

DATOS GENERALES DEL/LA REPRESENTANTE		
Nombres y Apellidos Representante:	**Nombre de padre o madre/ Representante legal**	Parentesco: Madre, Padre, Tío (a)materno/paterno
Teléfono Fijo: 022222222	Celular: 0999999999	Correo electrónico: representante legal
Autoidentificación Étnica:		Nacionalidad:

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A : (Indique obligatoriamente al menos un número de teléfono fijo)		
1. Nombres y Apellidos:	Otro contacto diferente al del representante anterior	Teléfono Fijo:Diferente número de télefono al del representante
Parentesco:	(Tío(a),abuelo(a),padre/madre	Celular: Diferente número de télefono al del representante
2. Nombres y Apellidos:	Otro contacto diferente al del representante anterior	Teléfono Fijo: Diferente número de télefono al anterior
Parentesco:	(Tío(a),abuelo(a),padre/madre	Celular: Diferente número de télefono al anterior

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:			Respuesta afirmativa cuál
Cirugías previas:			Respuesta afirmativa cuál
Alergias Alimentarias:			Respuesta afirmativa cuál
A medicamentos:			Respuesta afirmativa cuál
Picaduras de insectos:			Respuesta afirmativa cuál
Otras:			Respuesta afirmativa cuál
Medicamentos:			Respuesta afirmativa cuál

Adaptado del MAIS-CE, MSP-MINEDUC, 2018.

DMQ-SS-DMGSS-CAAI-FORM.001/2023

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.

SI DESEA LA ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA EN PREVENTIVAS, MORBILIDADES LLENAR EN AUTORIZACIÓN CON FECHA, FIRMA, NOMBRES COMPLETOS Y CÉDULA DEL REPRESENTANTE.

Firma del representante legal:

Nombres y apellidos del representante legal del estudiante:

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 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: _____

EN CASO DE **NO** AUTORIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA FIRMAR AQUÍ

Firma del representante legal del estudiante:

Nombres y apellidos del representante legal del estudiante:

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.

EN CASO DE **ANULAR** LA AUTORIZACIÓN LA ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA - FIRMAR AQUÍ

Firma del representante legal del estudiante:

Nombres y apellidos del representante legal del estudiante:

Nro. de documento de identidad:

POR FAVOR LLENAR Y FIRMAR SOLO UNA OPCIÓN DE LAS ANTES DESCRITAS

Adaptado del MAIS-CE, MSP-MINEDUC, 2018.

DMQ-SS-DMGSS-CAAI-FORM.001/2023