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:**
AÑO LECTIVO: 2023-2024	**Grado:**	**Paralelo:**	**Jornada:**

DATOS GENERALES DEL/LA ESTUDIANTE:				
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 ( )		Nombre del Seguro (IESS, ISSFA, ISSPOL u otro):
Establecimiento de salud al que acude normalmente				
¿El/la estudiante sabe nadar?	SÍ ( )	NO ( )		

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 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: _____

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.

Firma del representante legal del estudiante:	
Nombres y apellidos del representante legal del estudiante:	Nro. de documento de identidad:

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

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