



ACADEMIA COTOPAXI

Este formulario debe ser llenado y entregado antes o en la fecha que el estudiante ingrese a la escuela

Con el fin de proporcionar la mejor experiencia educativa, el personal escolar debe comprender las necesidades de su hijo. Este formulario solicita información de su parte (PARTE 1), la misma que será de gran utilidad para el/la profesional de la salud. En la página 2, encontrará una hoja, que corresponde a la exploración física realizada por el médico tratante de su hijo. Finalmente, la página 3 deberá contener el detalle de las vacunas de su hijo, adaptadas al esquema de vacunación internacional.

Información General del Estudiante:

Nombres y Apellidos:	Fecha de Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Grado:
Nombre del Representante Legal	Nombre de la Madre	Nombre del Padre	
Teléfono domicilio	Celular Madre	Celular Padre	

Otros contactos en caso de emergencia:

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Médico Tratante (Pediatra, Médico familiar, Otro Especialista): Nombre	Teléfono	

PARTE I.- INFORMACION DE SALUD (A ser llenada por el Padre o Representante Legal –R.L.)

AUTORIZACION MEDICA: Mi hija/o puede recibir PRIMEROS AUXILIOS, SI..... NO.....
Mi hija/o puede recibir la siguiente medicación (marque Sí o No)

Paracetamol		Ibuprofeno		Antialérgico		Antiácido/antiflatulento		Analgésico Bucal		Humectante de ojos	
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Información de Salud del Estudiante (a ser llenado por el padre o médico)

Hasta donde Ud. conoce, su hija/o ha tenido algún problema con lo siguiente? Por favor indique si o no

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergias (comida, insectos, medicinas, látex, etc)			Sangrados frecuentes			Lesiones congénitas		
Asma o problemas respiratorios los últimos 3 años			Problemas intestinales (estreñimiento, colon irritable)			Patologías cardíacas (congénitas o adquiridas)		
Alergias (estacionales)			Problemas urinarios (incontinencia, infecciones frecuentes)			Desórdenes neurológicos (Convulsiones, desmayos, migrañas, etc)		
Desórdenes de atención-Deficitaria/Hiperactividad			Fractura de huesos			Hipertensión Arterial		
Problemas de lenguaje			Lesiones musculares o articulares			Hospitalización (cuándo, por qué)		
Desórdenes de comportamiento			Subida o baja excesiva de peso			Cirugía (tipo, fecha y seguimiento)		
Problemas de desarrollo			Problemas auditivos o sordera			Problemas dentales		
Diabetes: Tipo I..... Tipo II.....			Problemas de visión (usa lentes)			Otros (Por favor especifique)		

Por favor explique todos los "SI", incluya la fecha o edad al momento de la enfermedad o lesión.

Enumere todas las medicinas prescritas que su hija/o toma regularmente:
Describa alguna otra información importante de salud de su hija/o (soporte de oxígeno, ayuda auditiva, etc)

Indique aquí si autoriza al Oficial Médico de la Academia contactar al médico que realiza el examen físico para discutir alguna información contenida en el formulario:si.....no

Yo afirmo que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas. Quien suscribe, autoriza a la Oficina Médica de la Academia Cotopaxi a examinar o tomar cualquier acción que sea a su juicio necesaria en bien de la salud del mencionado estudiante. Declaro que mantendré a la Academia Cotopaxi libre de toda responsabilidad o costos que se deriven de una emergencia, transporte o problemas de salud del citado estudiante.

Firma del Padre o Representante Legal.....

Fecha..... (d/m/a)

PARTE III.- CERTIFICADO DE VACUNAS

Este formulario debe ser llenado por el Médico u otro personal de salud. Si no desea llenarlo, puede adjuntar fotocopia del carnet de vacunas. Las vacunas marcadas con asterisco () son requisito mínimo antes del ingreso a la escuela.*

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ (d/m/a)
 Apellidos y Nombres

VACUNA REQUERIDAS	REGISTRO COMPLETO (DIA/MES/AÑO) DE LAS DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS				
	DOSIS				
BCG	1				
Difteria, Tétanos, Pertusis (DTP/DTPA)	1*	2*	3*	4*	5
Difteria, Tétanos (DT/Td) después de los 7 años	1	2	3	4	5
Tdap refuerzo (a los 12 años)	1	2			
Poliomielitis (IPV/ OPV)	1*	2*	3*	4	
Hemofilus influenza, Tipo b (Hib conjugado)	1*	2	3	4	Menores de 5 años
Neumococo (PCV), solo para niños < 2 años	1	2	3	4	
Sarampión, Parotiditis, Rubeola (MMR)	1	2			
Sarampión	1*	2*			
Rubeola	1*	2			
Parotiditis	1	2			
Varicela	1	2			
Hepatitis B (HBV)	1*	2*	3*		
Hepatitis A	1	2	3	4	
Meningococo	1				
Papiloma Virus (HPV)	1	2	3		
Flu	1	2	3	4	5
Otra:	1	2	3	4	5
Otra:	1	2	3	4	5

PPD: Fecha.....(d/m/a) Resultados: Negativo.....Positivo.....mm.

Exclusión por enfermedad _____
 (Especifique) (fecha) (confirmado por)

Exclusión por otros motivos: Religioso _____ Médica: Permanente _____ Temporal _____

Certifico que esta (e) niña(o) está adecuadamente vacunada(o) para su edad.

Nombre del Médico o personal de salud _____

Firma y sello del Médico o Funcionario de salud: _____

Fecha _____ (d/m/a)