



DEPARTAMENTO MÉDICO

Datos de filiación del estudiante

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres:

Curso:

Apellidos:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Dirección domiciliaria:

Enfermedad que ha padecido:

Cirugías:

Medicamentos:

Alergias:

Otros:

Vacunas (Especifique):

Dirección:

Cdla. Alborada 10ma etapa
Av. Fco. de Orellana 19 y Benjamin Carrión
Guayaquil - Ecuador

Dirección:

Eloy Alfaro Km. 3
Vía Durán - Tambo
A lado de Plastiempaque
Durán - Ecuador



EXAMEN FÍSICO

Pulso:

Talla:

**Presión
arterial:**

**Frecuencia
respiratoria:**

Peso:

**En caso de Ex.
Lab adjunte**

EXAMEN POR APARATO

Cardiovascular:

Neurológico:

Respiratorio:

Endócrino:

Digestivo:

Pared abdominal:

DATOS DEL REPRESENTANTE

**Nombre de
la madre:**

**Antecedentes
patológicos personales:**

Teléfono:



Unidad Educativa
Liceo San Francisco de Asís
Honor, Lealtad y Compromiso

DATOS DEL REPRESENTANTE

Nombre del padre:


Antecedentes patológicos personales:

Teléfono:

PSICÓLOGO DEL DECE

REPRESENTANTE LEGAL

C.I:

 04 460 2264 - 0969479378
0990066893 - 0939009136

Dirección:
Cdla. Alborada 10ma etapa
Av. Fco. de Orellana 19 y Benjamin Carrión
Guayaquil - Ecuador

Dirección:
Eloy Alfaro Km. 3
Vía Durán - Tambo
A lado de Plastiempaque
Durán - Ecuador