

	UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "JULIO MARÍA MATOVELLE" El talento formado en la ciencia y el carácter en la virtud	GESTIÓN DE MARKETING-ADMISIÓN-MATRICULA		
		MATRICULACIÓN	F. Emisión: 3/07/2023	
		CONSENTIMIENTO INFORMADO		Versión 1.1
		Código: UEP-PEI-P02-F02		Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION MEDICA ESTUDIANTES

1. **FECHA:**
2. **NUMERO DE CEDULA DEL ESTUDIANTE:**
3. **NOMBRES:**
4. **APELLIDOS:**
5. **GRADO/CURSO:**
6. **NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**
7. **NUMEROS DE TELEFONO PARA EMERGENCIA:**

YO,con CI Como responsable legal decon CI Estudiante de autorizo al médico de la Unidad Educativa Julio María Matovelle, a dar la atención medica exclusivamente de **Primeros Auxilios** donde se vea comprometida la salud de mi representado, siendo estas:

- ✓ Caídas
- ✓ Lesiones deportivas
- ✓ Cortes o heridas
- ✓ Conjuntivitis evolución 1 día
- ✓ Resfriados comunes evolución 1 día
- ✓ Infecciones digestivas (diarrea, vómito) evolución 1 día
- ✓ Ataques convulsivos repentinos
- ✓ Sangrado nasal repentino
- ✓ Crisis hipertensiva repentina

Además, aseguro haber entregado información completa y fidedigna sobre los antecedentes personales y familiares de mi hijo/a y estoy consciente de que mis omisiones o distorsiones deliberadas pueden afectar los resultados del tratamiento. Entiendo que el puesto de salud de la institución, es un consultorio emergente por lo que me comprometo a acudir a la institución de manera inmediata en caso de que el medico lo amerite por alguna situación de salud de mi representado.

NOTA: La atención de **Primeros Auxilios** se considera como un área, en donde se resuelven los problemas que ponen en riesgo la salud del paciente, en caso de alguna complicación se derivará a un centro especializado de nivel superior.

El médico de la institución no puede enviar medicación completa al domicilio o receta médica en caso que el estudiante tenga un cuadro clínico de varios días de evolución de su enfermedad.

SI, Acepto atención medica

No, acepto atención medica

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE