

	<b>UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR</b> <b>"JULIO MARÍA MATOVELLE"</b> 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 de .....con 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**