Ficha Actualización Datos

Periodo: 2024-2025

Mi actual Foto

Datos personales: llenarlos tal cual consta en la cédula o partida	
Apellidos y Nombres del Niño :	#Cédula:
Tipo de Sangre:	
Dirección Domicilio:	
Teléfono fijo:	Teléfono Celular:

Datos familiares:	
PADRE:	
Nombre y apellidos:	Edad:
Profesión:	
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	CI:
MADRE:	
Nombre y apellidos:	Edad:
Profesión:	
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	CI:
HERMANOS:	
Nº total de hermanos/as:	Lugar que ocupa:
¿Tiene conflictos con alguno de ellos?	

INFORMACIÒN DEL REPRESENTANTE	
Apellidos:	Nombres:
Correo Electrónico:	
Lugar de Trabajo:	Dirección:
Teléfonos:	Parentesco:

Datos físicos del Niño:	
Estatura:	Peso:
Estado de salud:	¿Ha padecido enfermedades?
¿Ha sufrido de algún accidente grave o fracturas?	
¿Desea hacer algún comentario sobre la salud de su hijo/a?	

Alimentación:	
¿Cuántas comidastiene al día?	¿Desayuna bien antes de venir a la Escuela?
¿Es alérgico/a a algún alimento?	¿Cuáles?
¿Qué alimentos no come?	
¿Qué alimentos ingiere?	
¿Tiene alguna restricción médica especial en la ingesta de alimentos?	

Higiene:
¿Tiene alergia a algún producto higiénico o de desinfección?
¿Con qué frecuencia se baña?
¿Cuántas veces se cepilla los dientes durante el día?

Datos de Importancia sobre alguna dificultad o necesidad educativa: (solo si aplica)
¿Presenta algún diagnóstico psicológico o clínico actual?
¿Qué recomendaciones deben ser tomadas para la inclusión de su niño a la Escuela?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datos de terceras personas en caso de emergencia:	
Posee seguro médico privado?	Si lo tiene qué aseguradora?
¿Sería de su interés adquirir uno?: SI_____ NO_____	
Dispone de cobertura en el IESS?	
A qué clínica u hospital tiene cobertura en caso de emergencia?	
1. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
3. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
4. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

Personas autorizadas a retirar al Niño (de la Escuela):	
1. Nombre:	Parentesco:
2. Nombre:	Parentesco:
3. Nombre:	Parentesco:
4. Nombre:	Parentesco:
5 . Nombre:	Parentesco:

SUMINITRO DE MEDICAMENTOS EN CASO FIEBRE, U OTROS	Nombre medicina	Cantidad	Horarios

DATOS PARA FACTURACIÒN		
¿Requiere emisión de Factura?	SI ☐	NO ☐
Nombres:	Apellidos:	
No. Cédula o RUC		
Dirección:	Correo:	

_____ _____

Nombre del Representante FIRMA DEL REPRESENTANTE

C.C