



FICHA DE HISTORIAL MÉDICO ODONTOLÓGICO

DATOS GENERALES:

DATOS DEL CADETE:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CADETE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NÚMERO DE CÉDULA:

CURSO:

PARALELO:

EDAD:

DATOS DEL REPRESENTANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

1. Autoriza usted a que, en la atención de salud básica, el dispensario médico de la institución realice procedimientos odontológicos que al criterio del profesional necesite su representado/a. **SI** **NO**
2. Autoriza usted a que, se administre medicación que al criterio del profesional necesite su representado/a. **SI** **NO**
3. Autoriza usted en caso de emergencia, coordinar con el ECU911 para que su representado/a sea trasladado al centro de salud más cercano, hasta su llegada **SI** **NO**

Yo, padre/madre o representante legal, me comprometo acudir al llamado del dispensario médico, área de Odontología, en caso de emergencia donde se encuentre comprometida la salud de mi representado.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS:

NÚMERO DE CÉDULA:

NOTA: En caso de no informar debidamente de alguna enfermedad, alergia o proceso de salud en relación con mi hijo (a) o representado (a), deslindo de cualquier responsabilidad a esta institución educativa de Fuerzas Armadas **UEF FFAA COLEGIO MILITAR N° 10 "ABDÓN CALDERÓN"**.