



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"DR. JOSÉ JARAMILLO MONTOYA"

RESOLUCIÓN MINEDUC-CZ7-2022-00070-R
email: escuelajaramillomontoya@hotmail.com
Machala - El Oro - Ecuador

FICHA INDIVIDUAL DEL ESTUDIANTE JARAMILLENSE
AÑO LECTIVO 2024 - 2025

1.- DATOS DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE Y APELLIDO							
FECHA DE NACIMIENTO:	(d/m/a)	NACIONALIDAD:					
GRADO/ CURSO		PARALELO:					
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	Calle:						
CIUADELA / SECTOR:		PARROQUIA:					
EN CASO DE EMERGENCIA ACUDIR A:							
NOMBRES Y APELLIDOS:		PARENTESCO:		CORREO:			
		TELÉFONO:	CELULAR:		DOMICILIO:		
ESTUDIANTE HA PERDIDO A:	PADRE:	SI ()	NO ()	MADRE:	SI ()	NO ()	
ESTUDIANTE CUENTA CON SEGURO SOCIAL:		SI		NO			
OTRO TIPO DE SEGURO:							

2.- DATOS GENERALES DE AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL A LAS ACCIONES QUE DEBE CUMPLIR LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR DR. JOSÉ JARAMILLO MONTOYA A LAS POLÍTICAS DE GOBIERNO – MINISTERIO DE SALUD.

Yo, Representante legal, autorizo a la Unidad Educativa a que realice la Vacunación a mi representado, durante los procesos de vacunación y campaña que realiza el Ministerio de Salud en los planteles educativos de la ciudad de Machala, Provincia de El Oro.

Lea cuidadosamente y SI ESTÁ DE ACUERDO MARQUE CON UNA X LA VACUNA QUE AUTORIZA ser aplicada a su representando.

VACUNAS		Nº DOSIS	SI	NO	VACUNAS		Nº DOSIS	SI	NO	
EDAD: 5 – 11 AÑOS	DTP (Difteria, Tétanos, Tosferina, 5 años, 1º EGB)	Refuerzo			VARICELA (6 años, 2º EGB)		Dosis única			
	OPV (bivalente oral, 5 años, 1º EGB)	2º Refuerzo			VARICELA (10 años, 6º EGB)		Dosis única			
	SRP2 (6 años, 2º EGB)	Dosis única			VPH-VIRUS PAPILOMA HUMANO (9 años, 5º a 6º EGB).-		1º Dosis			
	HB (11 años, 7º EGB)	3 Dosis			VPH-VIRUS PAPILOMA HUMANO (10-11 años, 6º a 7º EGB).-		6 meses después de la 2º dosis			
	DT (Difteria y Tétano, 15 años)	3º Dosis								
VACUNACIÓN SOLO CAMPAÑA:										
TODAS LAS EDADES	VACUNAS		SI	NO	VACUNA	SI	NO	VACUNA	SI	NO
	COVID_19	1º DOSIS			2º DOSIS			OTROS		
	INFLUENZA ESTACIONAL (todos)	Dosis única, anual								



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"DR. JOSÉ JARAMILLO MONTOYA"**

RESOLUCIÓN MINEDUC-CZ7-2022- 00070-R
email: escuelajaramillomontoya@hotmail.com
Machala - El Oro - Ecuador



3.- MALESTARES DE SALUD QUE CUENTA MI REPRESENTADO:				
TIPOS DE ALERGIA: ESPECIFIQUE				
EN CASO DE ENFERMEDAD CRÓNICA HA FACILITADO CERTIFICADO MÉDICO:	SI		NO	
DETALLE EL TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA QUE POSEE:				
DETALLE EL TIPO DE ENFERMEDAD CATASTRÓFICA QUE POSEE:				

4.- DISPOSICIONES A LAS QUE ME COMPROMETO CUMPLIR:

ESPECÍFICAR EL TIPO DE MOVILIZACIÓN QUE REALIZA SU REPRESENTADO:

MOVILIZACIÓN DEL ESTUDIANTE BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL, CON EL COMPROMISO DE QUE LLEGUE DE FORMA PUNTUAL A LA UEPJIM SU REPRESENTADO:			
TRANSPORTE PRIVADO		TRANSPORTE PÚBLICO (BUS)	
MOVILIZACIÓN DE UN FAMILIAR / AMIGO		MOVILIZACIÓN EN BUSETA ESCOLAR	
MOVILIZACIÓN , OTROS:			
EN CASO DE QUE MI REPRESENTADO A LA HORA DE SALIDA, NO LOGRE MOVILIZARSE EN EL TRANSPORTE DE SU RUTA DOMICILIARIA:			
AUTORIZO BAJO MI RESPONSABILIDAD RETIRAR DE LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR DR. JOSÉ JARAMILLO MONTOYA A MI REPRESENTADO, AL SEÑOR/A:	Sr./Sra.		
TIPO DE PARENTESCO:			
TÉLEFONO (FIJO O CELULAR):			
ME COMPROMETO A LLAMAR A LA UNIDAD EDUCATIVA PARA NOTIFICAR, EN CASO DE DARSE UN CAMBIO DE RUTA ESCOLAR.	SI		NO

Fecha: _____

Para constancia de la veracidad de lo establecido en el presente documento firma:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.I.: _____