



**SOLICITUD DE RESIDENCIA UNIVERSITARIA**

1er Apellido.....

2do Apellido .....

Nombre.....

Código estudiantil.....

Domicilio.....

Email.....

Provincia.....

Parroquia.....

Teléfono.....

Teléfono móvil.....

Fecha de Nacimiento .....

Carrera.....

Firma..... Fecha.....

Firma de representante.....

**RESPONSABLE ECONÓMICO**

1er Apellido.....

2do Apellido .....

Nombre.....

Cédula.....

Domicilio (solo si es diferente).....

Teléfono.....

Teléfono móvil.....

Forma de pago:      Cheque                      Efectivo                      Tarjeta de crédito

**Nota: Copias cédulas de alumna residente y responsable económico.**

**Ficha médica**

Antecedentes de enfermedades. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades que requieren vigilancia médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? ¿Cuál y por que?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? Escriba su nombre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha presentado convulsiones? En caso de ser positivo notificar medicamento\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sufre frecuentes dolores de cabeza?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha sufrido de asma o bronquitis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha sido intervenida quirúrgicamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha sufrido algún accidente anteriormente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hace ejercicios frecuentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

**Datos de médico de cabecera:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Nota: Se recomienda contar con el respectivo Seguro médico personal**