



## FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA 2023

Señores Padres de Familia: Los invitamos a diligenciar la siguiente información de manera veraz, ya que es de suma importancia para el cuidado y bienestar de sus hijos (as).

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EPS A LA QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE

1. ¿En la actualidad, padece alguna enfermedad? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Qué manejo especializado ha aconsejado el médico tratante? \_\_\_\_\_
2. ¿En el momento toma algún medicamento? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál y con qué periodicidad? \_\_\_\_\_
3. ¿En la actualidad presenta algún tipo de alergia? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Qué manejo médico aconseja el profesional de la salud? \_\_\_\_\_
4. ¿Es alérgico a algún medicamento? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
5. ¿En la actualidad padece alguna deficiencia médica que le impida la práctica deportiva? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Cuál y qué manejo profesional se está dando? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha presentado convulsiones? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Qué manejo profesional se está dando? \_\_\_\_\_
7. ¿En el momento tiene dificultades de visión? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Cuál y qué manejo médico se le está dando? \_\_\_\_\_
8. ¿En el momento tiene dificultades de audición? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Cuál y qué manejo médico se le está dando? \_\_\_\_\_
9. ¿Utiliza lentes? SI \_\_\_ NO \_\_\_
10. ¿Tiene problemas respiratorios? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿El estudiante presenta alguna de estas enfermedades?

TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO
Alteraciones o problemas respiratorios		
Afección cardiovascular		
Hipertensión		
Dislipemias, obesidad		
Enfermedad renal, hepática o pulmonar crónica		
Inmunodeficiencia		
Diabetes		
Cáncer		

El estudiante ha sido vacunado contra el Covid-19 SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

(en caso de que su respuesta sea "si" por favor diligencie los datos de la tabla)

Dosis	Fecha	Nombre del biológico
Primera		
Segunda		
Refuerzo		

### ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Existen antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos) que debemos conocer?

DIABETES  HIPOTIROIDISMO  ENFERMEDADES GÁSTRICAS  ENFERMEDADES CARDIACAS

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS  CÁNCER  OTRAS  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

### ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE EN BENEFICIO DEL ESTUDIANTE

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto reglamentario 1377 de 2013; que tienen por objeto, el desarrollo del derecho constitucional de protección de datos personales, como padre de familia y/o acudiente, **AUTORIZO** de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, a todas las dependencias académicas y/o administrativas de Summerhill School S.A.S. en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos; para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos e imágenes que se suministran y que se incorporan en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo que se señalan en este documento. Los datos personales son, y serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias del colegio, de forma directa o a través de terceros. La información será tratada con base en la Política de Tratamiento de Datos Personales de Summerhill School S.A.S., la cual está publicada en la página Web de la Institución ([www.summerhillschool.edu.co](http://www.summerhillschool.edu.co))

De igual manera DECLARAMOS que la información aquí registrada es completa y corresponde a la verdad. Si se omite información RELEVANTE para el Colegio, esto lo libera de cualquier responsabilidad.

\*Recuerde que el Colegio no prescribe ni suministra ningún tipo de medicamento. En caso de alguna emergencia la familia recibirá comunicación y deberá desplazarse al colegio o a la entidad de salud autorizada.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE  
CC.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE  
CC.