



FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA 2024

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)

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.