



Medellín, _____ de 20__

De: Rectoría**Para:** Padres de Familia**Asunto:** Información general del estudiante

Cordial saludo;

Le solicito muy amablemente diligenciar la siguiente información la cual nos permitirá cualificar el proceso de acompañamiento que como institución deseamos brindar a su(s) hijo(s). Les pedimos la mayor veracidad posible en sus respuestas, ellas serán tratadas con absoluta reserva.

1. DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE**CÓDIGO** _____

Nombre Completo: _____ Grado 20__ : _____

RH: _____ Edad: _____ N° Documento de Identidad: _____

¿Pertenece a un grupo étnico? ¿Cuál?	¿Es víctima de conflicto? ¿Qué tipo de conflicto?	¿Es desplazado? ¿Por qué motivo?	¿Se encuentra en estado de protección? ¿Cuál?	¿Es extranjero?
Persona que suministra estos datos:	Cédula:	Parentesco:	Teléfono:	Correo electrónico:

2. DATOS GENERALES RESPECTO A LA SALUD

Régimen contributivo () Régimen subsidiado ()	Estrato	EPS:	Lugar de atención en caso de emergencia:	Caja de compensación:
El estudiante tiene alguna discapacidad: SI () NO () Especifique: Intelectual () física () visual () auditiva () psicosocial () sordoceguera ()		Diagnóstico: SIMAT (La institución diligencia)	Certificado por:	Fecha de diagnóstico:
Enfermedades relevantes padecidas: SI () NO () ¿Cuáles? Cirugías: SI () NO () ¿Cuáles? Intervenciones: psicológica: SI () NO () Psiquiátricas: SI () NO () Neurológica SI () NO () otras () ¿Cuál?			Secuelas:	
¿Presenta alergia a algún medicamento, sustancias químicas u otro? SI () NO () ¿Cuáles?				
Atención actual: médica general () psicológica () psiquiátrica () neurológica SI () NO () otra () ¿Cuál?			¿Ingiere actualmente medicamento? SI () NO () Describe cuál(es), dosis y frecuencia:	
Requiere que la institución apoye la administración de medicamentos: SI () NO ()		Indique el procedimiento a seguir (ver punto 3: Autorización)		



RC-Ges-F012 Datos Generales del Estudiante / 05-11-2024/ V1

Recomendaciones de profesionales de la salud: SI ____ NO ____ ¿Se tienen en cuenta? SI ____ NO ____ Si no se implementan describa los motivos:			
Terapias recomendadas por profesionales de la salud:	Terapias a las que asiste actualmente:	Frecuencia:	Terapias no realizadas y motivos:

3. DATOS ESCOLARES.

El estudiante requiere algún recurso o herramienta de apoyo específico a su condición especial para: La movilidad () comunicación () independencia () aprendizaje () ¿Cuál(es)?
¿El estudiante requirió en el último año apoyo pedagógico externo para mejorar su desempeño académico en la institución, aún sin tener un diagnóstico certificado? SI () NO ()
¿El estudiante cuenta con Plan individual de ajustes razonables PIAR? SI () NO ()
¿El estudiante cuenta con un informe sobre talentos y/o capacidades excepcionales?? SI () NO () Si la respuesta es SI, ¿cuál?

4. AUTORIZACIÓN

(Solo para el estudiante que requiera el apoyo de la institución para administrarle su medicamento)

Se les recuerda que las instituciones educativas tenemos totalmente prohibido el suministro de medicamentos a los estudiantes, por lo tanto, le solicitamos:

Diligenciar la siguiente autorización, como requisito para la administración del medicamento que el estudiante necesita - Anexar la historia clínica y fórmula médica emitidas por la EPS o médico tratante y el medicamento que requiere el estudiante.

Atentamente,
P. Juan Jaime Escobar Valencia
Rector

DILIGENCIAR AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICACIÓN

Autorizo al Colegio Calasanz suministrar a mi hijo(a) _____ del grado _____/20____, el medicamento arriba especificado, con la frecuencia y dosis descritas.

Nombre y firma del padre: _____

Nombre y firma de la madre: _____

Nombre y firma del acudiente: _____