Medellín, ____ de _____ de 20__

Para el Colegio Calasanz Medellín es fundamental el proceso de acompañamiento a nuestros estudiantes. Es por esto, que les solicitamos diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad y veracidad posible, con el propósito de contar con información relevante que nos permita comprender las necesidades y contexto de su hijo/a.

La información suministrada será un insumo importante para orientar y fortalecer los procesos de acompañamiento que, desde las diferentes áreas de la institución, buscamos brindar a cada estudiante, favoreciendo su bienestar y desarrollo integral.

Esta información será manejada con carácter confidencial y tratada con la debida reserva, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

1. DATOS DE QUIEN SUMINISTRA ESTA INFORMACIÓN

Nombre: _____ N° Doc. de identidad: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

CÓDIGO _____

Nombre Completo: _____ Grado: _____RH: _____

Edad: _____ Doc. de Identidad: Reg civil____Tarjeta de Identidad ___ N°: _____

¿Pertenece a un grupo étnico? Si ___ No___ ¿Cuál? _____	¿Es víctima de conflicto? Si ____ No ____ ¿Qué tipo de conflicto? _____	¿Es desplazado? Si ____ No ____ ¿Por qué motivo? _____	¿Se encuentra en estado de protección? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____	¿Es extranjero? Si ___ No ___ País: _____

3. DATOS GENERALES RESPECTO A LA SALUD

Régimen contributivo ( ) Régimen subsidiado ( )	Estrato	EPS:	Lugar de atención en caso de emergencia:	Caja de compensación:

Cirugías: SI ( ) NO ( ) ¿Cuáles?	¿Alergia a algún medicamento, sustancias químicas u otro? SI ( ) NO ( ) ¿Cuáles?
¿El estudiante cuenta con algún diagnóstico relacionado con su salud física?: Si ( ) No ( ) Si su respuesta sea positiva, especifique el diagnóstico: _____	¿El estudiante cuenta con algún diagnóstico relacionado con su salud mental?: Si ( ) No ( ) Si su respuesta sea positiva, especifique el diagnóstico: _____

El estudiante tiene alguna discapacidad[1]: SI ( ) NO ( ) **Especifique**: física ( ), auditiva ( ), visual ( ), sordoceguera ( ), intelectual ( ), Múltiple ( ), psicosocial - mental[2] ( )	Certificado por:	Fecha de diagnóstico:

[1] Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Resolución 1197 de 2024, Anexo Técnico. Las categorías se presentan conforme a la clasificación establecida para la certificación de discapacidad y la caracterización de la población con discapacidad en Colombia. Decreto 1421 de 2017, Circular 024 de 2026.

[2] Se refiere a las personas que presentan deficiencias o alteraciones en las funciones mentales, emocionales o del comportamiento que, al interactuar con diversas barreras del entorno, pueden limitar su participación plena y efectiva en la

¿El estudiante cuenta actualmente con algún tipo de atención clínica? Si ( ) No ( ) **Especifique:** Medicina general ( ), Psicología ( ), Psiquiatría ( ), Neuropsicología ( ), Fonoaudiología ( ) T. Ocupacional ( ), neurología ( ) otra ( ) ¿Cuál?	Describa la condición actual por la cual está recibiendo la atención:
¿El estudiante cuenta con recomendaciones de profesionales de la salud?: SI ( ) NO ( ) Si su respuesta es positiva, se solicita hacer llegar la documentación respectiva al psicólogo(a) (Orientador(a) escolar del grado.	
¿Ingiere actualmente algún medicamento? SI ( ) NO ( ) En caso de ser positiva la respuesta, describa: Cuál(es): _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____	Requiere que la institución apoye la administración de medicamentos: SI ( ) (ver punto 4: Autorización) NO ( )

4. DATOS ESCOLARES

El estudiante requiere algún recurso o herramienta de apoyo específico a su condición 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 ( ) En caso de ser positivo, se solicita la documentación respectiva del colegio anterior y entregarlo al psicólogo(a) (Orientador(a) escolar del grado.
¿El estudiante cuenta con un informe sobre talentos y/o capacidades excepcionales?? SI ( ) NO ( ) ¿Cuá? _____ Si su respuesta es positiva, se solicita hacer llegar la documentación respectiva al psicólogo(a) (Orientador(a) escolar del grado

5. AUTORIZACIÓN

(Solo para el estudiante que requiera 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

- Se debe 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

---

sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas. Cuentan con un diagnóstico emitido por especialista.

_____ /20___, el medicamento arriba especificado, con la frecuencia y dosis descritas.

Nombre y firma del padre: _____Firma: _____
Nombre y firma de la madre: _____ Firma: _____
Nombre y firma del acudiente: _____ Firma: _____