

**FICHA DE ESTADO DE SALUD DE EL(LA) ESTUDIANTE**

Esta Ficha es absolutamente confidencial. La información aquí contenida es para lograr una mejor atención del alumno durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos a usted contestar responsablemente todos los ítems, para que la información que el Colegio conoce del estado de salud del alumno sea correcta y completa.

**I. Antecedentes Generales del Alumno**

Nombres y apellidos completos de el (la) estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: día \_\_\_\_/mes \_\_\_\_/Año \_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

**Curso (2022):** \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo y Factor RH: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_\_ Mts.

EPS \_\_\_\_\_ ARS \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Sabe nadar \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

**En caso de Urgencia y de no ubicar a los padres, autorizo llamar a:**

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel hijo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

**II. Antecedentes Médicos del estudiante**

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que ha padecido o que padezca el estudiante. Conteste sí o no según corresponda. Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

Enfermedad	SI	NO	¿Qué?
Hipertensión arterial			
Diabetes Mellitus			
Epilepsia			
Asma			
Enfermedad cardiaca			
Cáncer			
Trastornos emocionales			
Trastornos de la columna			
Alteración visual			
Alteración auditiva			
Dificultades del lenguaje			
Dificultades atención y concentración			
Otras			

Si su hijo se encuentra actualmente en algún tratamiento médico por favor descríbalo \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha sufrido de? (escribir SI/NO)**

	SI	NO	Tratamiento
Fracturas			
Convulsiones febriles			
Esquinces			
Caries			
Luxaciones			



Jaquecas			
Sangramiento nasal			
Colón irritable			
Dolor menstrual			
Crisis de asma			
Otros			

Ha presentado episodios de consumo de: SPA \_\_\_ Alcohol \_\_\_ Cigarrillo \_\_\_ Depresión o ideación suicida \_\_\_

**¿Su hijo(a) usa?**

Lentes de Contacto \_\_\_\_\_ Anteojos \_\_\_\_\_ Audífonos \_\_\_\_\_ Plantillas \_\_\_\_\_

Frenillos \_\_\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

¿Cada cuánto su hijo tiene control médico (crecimiento, salud, etc.)? \_\_\_\_\_

**III. Antecedentes Mórbidos Familiares**

Responde sí o no según corresponda, especifique que familiar directo padece la enfermedad.

Enfermedad	SI	NO	¿Quién?
Hipertensión arterial			
Diabetes Mellitus			
Epilepsia			
Asma			
Enfermedad cardiaca			
Cáncer			
000			
Trastornos emocionales			
Otras			

**IV. Antecedentes Quirúrgicos (cirugías) y de hospitalización del estudiante. Especifique el año en que se realizó y si presenta secuelas o recomendaciones de manejo.**


---



---



---

**V. Medicamentos de uso habitual**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Para qué lo usa?	¿Debe consumirlo dentro de la jornada escolar?

**VI. Alergias**

	SI	NO	¿A qué?
A medicamentos			
Ambientales			
Alimentos			
Otros			



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ D.C.

## COLEGIO DE LA BICI

Institución Educativa Distrital

Resolución 011 del 23 de diciembre de 2019

En sus niveles Preescolar, Básica y Media

DANE 111001800643 - NIT: 901.371.313-1



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

### VII. Información Adicional

Si Usted considera que existe algún aspecto importante médico, odontológico, psicológico o psiquiátrico del estudiante que no haya sido mencionado anteriormente y que el Colegio deba conocer, por favor explíquelo a continuación:

---

---

---

Relacione los documentos que adjunta y que soportan la situación de salud de su hijo

---

---

Autorizo a mi hijo(a) a realizar las actividades físicas de las clases de educación física y danzas SI \_\_\_ NO \_\_\_

Autorizo a mi hijo(a) para consumir el refrigerio suministrado por el Colegio SI \_\_\_ NO \_\_\_

**La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de declaración jurada y se compromete a comunicar al Colegio de la Bici cualquier modificación sobre los datos suministrados en forma inmediata, de manera fehaciente y por escrito.**

Nombre de quien diligencio esta ficha \_\_\_\_\_

Cedula \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_