FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – IED RAFAEL URIBE URIBE 2023

El objetivo de esta ficha es recopilar la información básica de los estudiantes que participaran en las actividades de jornada escolar complementaria durante el año 2023, con la intención de reconocer y tener toda la información de los estudiantes en caso de ser necesaria en el desarrollo de las actividades. De igual forma nos ayudará a llevar un seguimiento durante el año académico.

DATOS PERSONALES

Nombre completo del estudiante: Eilyn Sofia Jimenez Martinez
Documento de identidad: 1'031.135.004 Fecha de nacimiento: 07-NOV-2009
Nacionalidad: Colombiana Edad: 13 Grado: 7° Curso: 703 Numero de
celular del estudiante: 3212334912 Nombre del director de grupo: Jose Daniel Silva
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ____ NO X ¿Cuál? _____

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: 162 cm PESO: 55.5 KL IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: famisanar ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante
realizar actividad física? SI _____ NO X ¿Cuál? _____
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI _____ NO X ¿Cuál? _____
¿Usa gafas de forma permanente? SI _____ NO X
¿Toma medicamentos? SI _____ NO X Relacione el medicamento y la dosis _____

¿Tiene alergias? SI ____ NO X ¿Cuál(es)? _____ ¿Ha tenido fracturas? SI ___ NO X
¿Cuáles? _____
Tiene alguna otra información médica que considera relevante, del estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL(OS) ACUDIENTE(S)

Relacione dos contactos en caso de emergencia.
Nombre completo: Luis Jimenez Acosta Parentesco: Padre
Numero de celular: 3137185794

Nombre completo: Cristina Martinez Mendez Parentesco: Madre
Número de celular: 3132869117

Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si X
no ____ confirme su número de WhatsApp: 3137185794

Como padre de familia y/o acudiente confirmo que la información acá reportada es verídica, para completar el formulario escanee el código QR y anexe la copia del documento de identidad del estudiante, y la certificación, afiliación o carné de la EPS a la cual está registrado actualmente, en un solo PDF. Si presenta algún diagnóstico médico o patología especifica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: _____ Nombre del acudiente: Luis Jimenez Acosta
Cédula: 1.023.876 871

IDRD | BOGOTÁ