OBLIGACION 4

DOCUMENTO ANTECEDENTES MEDICOS

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 2025, 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: _____
Documento de identidad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Edad: _____ Grado: _____ Curso: _____ Numero de celular del estudiante: _____ Nombre del director de grupo: _____
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____
_____

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: _____ ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
¿Usa gafas de forma permanente? SI_____ NO _____
¿Toma medicamentos? SI _____ NO _____ Relacione el medicamento y la dosis _____
_____

¿Tiene alergias? SI ____ NO____ ¿Cuál(es)? _____ ¿Ha tenido fracturas? SI___NO ____
¿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: _____ Parentesco: _____
Numero de celular: _____

Nombre completo: _____ Parentesco: _____
Número de celular: _____

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

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: _____
Cédula: _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | IDRD | BOGOTÁ