

|                                                                                                                        |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>DEPARTAMENTO DE<br/>RISARALDA</b> | <b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b><br><b>SECRETARIA DE EDUCACIÓN</b><br><br><b>DOCUMENTO FACILITADOR</b> |
| Versión: 0                                                                                                             | Versión: 0                                                                                             |

### FORMATO DE REMISIÓN AL SECTOR SALUD

|                 |  |
|-----------------|--|
| NUEVO:          |  |
| CONTEXTUALIZAR: |  |

|                         |                                 |            |          |
|-------------------------|---------------------------------|------------|----------|
| FECHA:                  | 23 DE FEBRERO DE 2026           | MUNICIPIO: | QUINCHIA |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA:  | NUCLEO ESCOLAR RURAL            |            |          |
| SEDE:                   | ENCENILLAL                      | GRADO:     | 2        |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE:  | ALAN OCAMPO VELEZ               |            |          |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | T.I 1090340559                  |            |          |
| FECHA DE NACIMIENTO:    | 28 DE SEPTIEMBRE DE 2018        | EDAD:      | 7 AÑOS   |
| EPS:                    | NUEVA EPS                       | IPS:       |          |
| NOMBRE ACUDIENTE:       | KATHERINE VELEZ (MADRE)         |            |          |
| TELÉFONOS DE CONTACTO:  | 3226771300                      |            |          |
| DOCENTE QUE REMITE:     | PROFESIONAL DE APOYO PEDAGÓGICO |            |          |

#### BARRERAS ENCONTRADAS:

|                      |  |                           |  |                   |   |
|----------------------|--|---------------------------|--|-------------------|---|
| DIFICULTAD COGNITIVA |  | DIFICULTAD AUDITIVA       |  | DIFICULTAD VISUAL |   |
| DIFICULTAD MOTORA    |  | DIFICULTAD DE APRENDIZAJE |  | OTRA              | X |

**MOTIVO DE REMISIÓN:** Estudiante que cuenta con un diagnóstico de TDAH por lo cual está en seguimiento por psiquiatría, con medicamento Metilfenidato Clorhidrato 10 mg indicados por el psiquiatra. En el momento no ha sido posible sacar la cita de control con esta especialidad ya que los números indicados no los contestan, ni reclamar los medicamentos porque manifiestan que el medicamento está agotado. Agradezco la gestión que puedan realizar.

**Correo institucional:** [grie.nucleoescolar@risaralda.gov.co](mailto:grie.nucleoescolar@risaralda.gov.co)



MARTHA LUCIA HERNANDEZ GALEANO

PERSONA QUE REMITE

FIRMA

KATHERINE VELEZ

PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE



**DEPARTAMENTO DE  
RISARALDA**

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN**

**DOCUMENTO FACILITADOR**

Versión: 0

Versión: 0