

Grado

QUINTO

Día

Mes

Año

CORPORACIÓN SAN ISIDRO - COLEGIO ANGLO AMERICANO

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE AÑO 2024

Sexo

Nombres

ANA MARIA

 N° Documento de identidad

Tipo de

documento

CÓDIGO: AM F 35	VFRSIÓN· 19	FECHA: 25/10/23	Página 1 de 2

DATOS DEL ESTUDIANTE

Edad

Apellidos HERRERA MARTÍNEZ

Lugar

Presenta alguna enfermedad actualmente? KHa tenido algún episodio de convulsión? KRequiere algún medicamento de forma permanente? KHA sido hospitalizado(a) alguna vez? KHA tenido alguna intervención quirúrgica? KACtualmente presenta algún típo de alergia? KACtualmente es alérgico a algún alimento o bebida? KACtualmente es alérgico a algún medicamento? KHA sufrido lesiones osteomusculares? KHA suf	nacimiento:	10	02 2	BOGO	TÁ - B	OGOT.	Á - COLOMBIA		9	FEMI	ENINO	Т.	I.	10284437	08 de: BOGOTÁ - BOGOTÁ
Discould to Evaluation: CL2 x 17 - 08 BOOLD TABBE Apollodos Nombrees Toleton cresidencia Telefono orficians Cholutr		A -	EPS:		Saı	nitas	IP	PS:		sa	nitas			:	Colsanitas
Herror Roftiguer Afrelo Berror Berror Afrelo Afrelo Berror Afrelo Afrel	Dirección d	e reside	ncia:			C	L 24C # 71 - 60 E	3OG0	ЭТÁ						6013919930
Herora Rodaguez Apatholos Apatholos Apatholos Marinez Minore Apatholos Marinez Minore Apatholos Apatholos Apatholos Apatholos Marinez Minore Apatholos Apat							DATO)S DI	EL PAD	RE					
Apellitos Nombres Telefrono residencis Telefrono	Ape	llidos				Nomb	ores		Tel	lefono res	sidencia		Teléfono of	icina	Celular
Apellidos Nombres Tolefano residencia Teléfano efection Celular Martinez Minros Johanna Tolefano residencia Teléfano efection Capital STAPA (1982) 1813/18798 Apellidos Apellidos Personal Martinez Minros Delman Capital Martinez Minros Delman Capi	Herrera 1	Rodrigu	ez			Alfre	do			391993	30	393	31452 Ext: 3	3931452	3214522540
Mariner Munios Datros RY CAS DE EMERGENCIA (PERSONA DIFFENTE A LOS PADRES							DATOS	DE							
Apellidos Nombres Nombres Depute Apellidos (C.C.) \$233-5600 (C.C.) \$240-500 (C									Tel						
Agellules Numbers Tipo de discussement Nimeror Marinez Multoz Johans C.C. 52835680 Discección Telefono Celular Parametero. C.C. 32857680 Discección Telefono Celular Parametero. ESQUEMA DE VACUNACIÓN Fine el esquerra de vacuración de acuerrlo a la celul del estudiante? Esquena completo	Martine	z Muño	z											7462749	3133374981
Martinez Minoz Dissección Dissección Dissección Dissección Dissección CL 2/C 971-00 3919930 3133374981 3133874981 3133374				DATOS	EN C	ASO D		•	PERSON	A DIFEI	, 		•		
Dirección (3.24C 971-00 (3.99930) (3.13373-981 (3.13373-981) (3.13373-98								3			Tipo				
ESQUEMA DE VACUNACIÓN ¿Tiene el esquema de vacunación de acuerdo a la edad del estudiante? ESQUEMA DE VACUNACIÓN ¿Tiene el esquema de vacunación de acuerdo a la edad del estudiante? Esquema completo CÚAL/MOTIVO (¿Ha sufrido alguma enfermedad actualmente? X X ¿Presenta alguma enfermedad actualmente? X X ¿Presenta alguma enfermedad actualmente? X X ¿Qué tipo de convulsión? Mombre: Dosis: Requiere algún medicamento de forma X Requiere algún medicamento de forma X Requiere algún medicamento de forma X Requiere algún intervención quiritrgica? X Actualmente presenta algún alimento o X Actualmente presenta algún alimento o X Actualmente presenta algún alimento o X Actualmente es alérgico a algún alimento o X Actualmente es alérgico a algún alimento o X Actualmente presenta algún alimento o X Actualmente es alérgico a algún alimento o X Actu	Ma													-	
## ANTECEPENTES MÉDICOS SI NO CÜALMOTIVO	CL			+							3			_	
ATTECEDENTES MÉDICOS SI NO CÚALMOTIVO Ha sufrido algume enfermedad importante? AX Presenta alguma enfermedad actualmente? X Qué tipo de convulsión? Requiere algún medicamento de forma permanente? Ha sofi hospitalizado(a) alguma vez? Ha tenido algún enfermedad actualmente? X Nombre: Dosis: Ha sofi hospitalizado(a) alguma vez? Ha tenido algún enfermeda actualmento de forma permanente? X Nombre: Dosis: Ha sofi hospitalizado(a) alguma vez? Ha tenido algún a intervención quirirgica? X Actualmente presenta algún tipo de alergia? X X X Actualmente presenta algún tipo de alergia? X X X X X X X X X X		2.0	1 00	<u>.</u>					VACIIN	ACIÓN		10007	.,01		313337 1701
ANTECEDENTES MÉDICOS Ha sufrido alguna enfermedad importante? X Youê tipo de X Presenta alguna enfermedad importante? X X Youê tipo de Youê tipo de Youê tipo de Youê tipo de X Youê tipo de Youê tip		· Tien	e el escu	iema de vacur	ación	de acı								Fear	iema completo
Ha sufrido alguna enfermedad importante? X Presenta alguna enfermedad importante? X Couétipo de convulsión? X Requiere algún medicamento de forma permanente? X Ha sido hospitalizado(a) alguna vez? X Ha tenido alguna intervención quirdrigica? X Actualmente presenta algún fupo de alergia? X Actualmente presenta algún fupo de alergia? X Actualmente es alérgico a algún medicamento X Redualmente es alérgico a algún medicamento? X Redualmente es alérgico a algún medicamento? X Restrido lesiones osteomusculares? X Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? X Existe alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conoce? X AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH BESCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO BOSCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO BOSCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO BOSCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO BOSCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO MOTIVO BOSCURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO M	ANTEGE						icido a la cuad	uci	Cstudia	iite:	σίν	(/MO	TIVO	Lsqt	iema compicto
Presenta alguna enfermedad actualmente? X ZQué tipo de convulsión? ZQUE tipo de convulsión ZQUE tipo de con					SI			_			CUA	L/MO	TIVO		
Ha tenido algún episodio de convulsión? X 206 tipo de convulsión? Requiere algún medicamento de forma emermanente? Nombre: Dosis: Dosis:						$\overline{}$		_							
Requiere algigin medicamento de forma permanente? Ha sido hospitalizado(a) alguna vez? Ha tenido alguna intervención quirdigica? X Nombre: Dosis: Ha tenido alguna intervención quirdigica? X	¿Presenta alguna ei	nterme	dad actu	almente?		X		_		1					
permanente? A Nombre Dissa:						X									
Ha tenido alguna intervención quirirgica? X Actualmente presenta algún típo de alergia? X Actualmente es alérgico a algún alimento o hebida? Actualmente es alérgico a algún alimento o hebida? Actualmente es alérgico a algún medicamento? X Ha sufrido lesiones osteomusculares? Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Existe alguna condición médica especial que sustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN SUNO MOTIVO VACUNA COVID-19 VACUNA VPH AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN FISICA y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser si Si Si Si Si Si Si Nesura necesario por su condición de salud? EGIGNO DE ACCIDENTES SUNO MOTIVO BEGINO DE ACCIDENTES L'Desea adquirir la póliza de seguro? SI Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerás del colegio, recuerde hacer esta soliciud diligenciando el formato de venta libre deberá diligenciar el mismo formación de carrector el mismo formación de medica en carrector el medica en carrector el mismo formación de medica en carrector el mismo formación el medica en carrector el medica en carrector el mismo formación el medica en carrector el mismo formación de medica en carrector el mismo formación de medica en carrector el mismo formación de la medica en carrector el mismo formación de medica en carrector el mismo formación de mismo formación de medica en carrec		medi	icamento	o de forma		X	Nombre:				Dosis:				
Actualmente presenta algún típo de alergia? Actualmente es alérgico a algún alimento o bebida? Actualmente es alérgico a algún alimento o bebida? Actualmente es alérgico a algún medicamento? Ha sufrido lesiones osteomusculares? X Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Existis alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN SUNO MOTIVO VACUNA COVID-19 VACUNA VPH ACUNA VPH ACUNA VPH SEGURO DE ACCIDENTES SINO SEGURO DE ACCIDENTES AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO SEGURO DE ACCIDENTES AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO SEGURO DE ACCIDENTES AUTORIZACIÓN AUTORIZA	;Ha sido hospitaliz	ado(a)	alguna	vez?		X									
Actualmente es alérgico a algún alimento o kebida? Actualmente es alérgico a algún medicamento? Actualmente es alérgico a algún medicamento? X Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Existie alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? X AUTORIZACIÓN SUNO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH ¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salad? SEGURO DE ACCIDENTES SUNO SEGURO DE ACCIDENTES ¿Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicinad diligenciando el formato de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: In caso de que el estudiante sumina medica con el estudiante. En caso de on contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. In caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año secolar y despurársivo - sección enfermerá el mismo formato. In caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año secolar y despurársivo - sección enfermerá el mismo formato. In caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año secolar y despurársivo - sección enfermerá el mismo formato de manera inmendiata a través del módulo de comunicación con docuente y administrativo - sección enfermerá el mismo formato medica en de secunda durante el año secolar y despurársivo - sección enfermerá el mismo formato de manera inmendiata a través del módulo de comunicación con docuente y administrativo - sección enfermerá el mismo formato medica en las enfermerás del contexto de enfermerá y el accidente, lesión o enfermerá el at						-									
Actualmente es alérgico a algún medicamento? Ha sufrido lesiones osteomusculares? Presenta alguna alteración auditiva y/o sivisual? Existe alguna condición médica especial que sistedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN SINO MOTIVO VACUNA COVID-19 VACUNA VPH AUTORIZACIÓN SEGURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO ¿Desea adquirir la póliza de seguro? Si So Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 3: La persona que le estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:	•					X									
medicamento? Ha sufrido lesiones osteomusculares? Presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Existe alguna condición médica especial que sustedes consideren que la enferemería del X ¿Cuál? Tratamiento: Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN ¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SINO MOTIVO VACUNA COVID-19 VACUNA VPH ¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SEQURO DE ACCIDENTES SINO Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y envira la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: Inca de que el estudiante sufra una accidente, lesión o enfermeda durante el año escolar y después da Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:		érgico	a algún	alimento o		X									
Ha sufrido lesiones osteomusculares? A presenta alguna alteración auditiva y/o visual? Existe alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN BINO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN AUTORIZACIÓN SUNO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH SEGURO DE ACCIDENTES SUNO MOTIVO SEGURO DE ACCIDENTES SUNO MOTIVO Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el médiu de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no conta con el al y sea un medicamento de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el médiu de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no conta con el al y sea un medicamento de venta libre deberá diligencia el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:	•	érgico	a algún			X									
Existe alguna condición médica especial que la enferemería del X ¿Cuái? Tratamiento: Colegio debe conocer? X		es oste	omuscul	ares?		X									
Existe alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enferemería del Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN SI/NO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH ¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SEGURO DE ACCIDENTES SI/NO MOTIVO ¿Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:		lteració	ón auditi	va y/o		X									
Colegio debe conocer? AUTORIZACIÓN SUNO MOTIVO VACUNA COVID - 19 VACUNA VPH ¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SEGURO DE ACCIDENTES SUNO MOTIVO ¿Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: finos de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:	Existe alguna con					V	- C (19				T				
¿Autoriza a la enfermera a realizar una valoración física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SEGURO DE ACCIDENTES SINO MOTIVO ¿Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Pota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escular y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:			ia en	eremena dei		Λ	¿Cuai:				1 ratamient	D:			
física y/o exploratoria al estudiante, en caso de ser necesario por su condición de salud? SEGURO DE ACCIDENTES SINO Desea adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:						SI/NO)	MOT	ΓΙVO		VACU	NA C	OVID - 19		VACUNA VPH
SEGURO DE ACCIDENTES SI/NO BOSEA adquirir la póliza de seguro? Si Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:						Si						Si	i		Si
Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:															
Nota 1: Según el Decreto 2200 del 2005 - Capítulo IV y la ley 911 del 2004 - Artículo 13, el Colegio no podrá suministrar ningún medicamento a los estudiantes. Solo podrán ser suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermería. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:)					MOT	IVO		
suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria. Padre de Familia responsable que suministra la anterior información:	¿Desea ado	quirir la	a póliza	de seguro?		Si									
Nombre completo Firma	suministrados con fórmula médica en las enfermerías del colegio, recuerde hacer esta solicitud diligenciando el formato de "Autorización de Medicamentos" ubicado en el módulo de enfermería y enviar la formula medica con el estudiante. En caso de no contar con ella y sea un medicamento de venta libre deberá diligenciar el mismo formato. Nota 2: En caso de que el estudiante sufra un accidente, lesión o enfermedad durante el año escolar y después de la Actualización de Datos, será necesario que el Padre de Familia lo informe de manera inmediata a través del módulo de comunicación con docentes y administrativo - sección enfermería. Nota 3: La persona que registra como acudiente en caso de emergencia, será contactada por el Colegio cuando no sea posible la comunicación con los padres. Certificamos que la información antes diligenciada es fiel a la verdad y entendemos que de ella depende la atención médica adecuada y oportuna en el servicio de enfermeria.														
			No	mbre complete)								Firma	a	

HOJA EN BLANCO HOJA EN BLANCO
HOJA EN BLANCO



COLEGIO ANGLO AMERICANO

HOJA DE MATRÍCULA

 CÓDIGO: AM.F.36
 VERSIÓN: 19
 FECHA: 25/10/23
 Página 1 de 2

Aprobación oficial: Preescolar, Primaria, Bachillerato Resolución Nº 1378 de abril 26 de 1999 Preescolar y Primaria: Calle 170 Nº 8-80 Bachillerato: Calle 170 Nº 8-70

Folio N	l _o
(Grado: QUINTO

www.angloamericanobogota.edu.co
PBX: 6694181
Bogotá, Colombia
Fecha: Enero de 2024

		DATO	OS DEL EST	TUDIANTE		
	APELLIDO	S			NOMBRES	
HERRERA MARTÍNEZ				ANA MARIA		
Nacionalidad	Estrato	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Lugar de i	nacimiento
Nacionandad	Estrato	Sexo	Euau	(dd/mm/aaaa)	Municipio	Departamento
COLOMBIA	5	FEMENINO	9	10-02-2014	BOGOTÁ	BOGOTÁ -
COLOMBIA	3	FEMENINO	9	10-02-2014	DOGOTA	COLOMBIA
Tina da dacumento	T.I.	Número	1028443708		Lugar de Expedición	
Tipo de documento	1.1.	Numero	1	020443700		Departamento
¿Pertenece a algún grupo étnico?	NO	¿Cuál?			BOGOTÁ	BOGOTÁ
Dimonión	do vocidonoio		Teléfono residencia		Lugar de	residencia
Dirección de residencia Tel		1 elei	ono residencia	Municipio	Departamento	
CL 24C # 7	1 - 60 BOGOTÁ		6	013919930	BOGOTÁ	BOGOTÁ
Estudiante		Antiguo		Tiene hermanos en este	colegio?	No

	DATOS I	DEL PADRE				
Apellidos	Nombres		Lugar de N	acimiento		
Herrera Rodriguez	Alfredo		BOGOTÁ - C	COLOMBIA		
Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Lugar de I	Expedición	Fecha de Expedición		
1965-10-04 / Edad: 58	C.C. 79361845	BOGOTÁ -	BOGOTÁ	1999-05-07		
Dirección	residencia	Teléfono i	residencia	Celular		
CL 24C # 71 - 60 B	OGOTÁ - BOGOTÁ	3919	930	3214522540		
Profesión	E-mail	Empresa donde trabaja	Cargo	Tiempo de servicio		
Administrador bancario	alfredoh177@hotmail.com	Independiente	Propietario	25 años		
Direcció		Teléfono oficina - ext				
CR 72B	# 55 - 89		3931452 Ex	xt: 3931452		

	DATOS D	E LA MADRE				
Apellidos	Nombres		Lugar de Nacimiento			
Martinez Muñoz	Johanna		BOGOTÁ - (COLOMBIA		
Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Lugar de Expedición Fecha de Exped		Fecha de Expedición		
1981-04-08 / Edad: 42	C.C. 52835680	BOGOTÁ - BOGOTÁ		1999-05-07		
Direcció	Dirección residencia		esidencia	Celular		
CL 24C # 71 - 70	BOGOTÁ - BOGOTÁ	3919	930	3133374981		
Profesión	E-mail	Empresa donde trabaja	Cargo	Tiempo de servicio		
Optometra	johanamm30@hotmail.com	Imevi compensar	Optometra	10 años		
Dirección oficina			Teléfono oficina - ext			
CR 24	# 50 - 68		7462749 Ex	xt: 7462749		

	ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	
CASADOS	Si los padres no viven juntos, ¿Quién tiene la custodia de su hijo(a)?	



MEDIAS NUEVES

COLEGIO ANGLO AMERICANO

HOJA DE MATRÍCULA

SI

TRANSPORTE

CÓDIGO: AM.F.36	VERSIÓN: 19	FECHA: 25/10/23	Página 2 de 2

DATOS DEL ACUDIENTE (PERSONA DIFERENTE A LOS PADRES)						
Apellidos	Nombres	Documento de Identidad	Lugar de Expedición			
Martinez Muñoz	Sandra Milena	C.C. 52835680	BOGOTÁ - BOGOTÁ			
Dirección	Teléfono	Celular	Parentesco			
CR 14C # 157 - 91	3919930	3124332275	tia			

DATOS EN CASO DE EMERGENCIA (PERSONA DIFERENTE A LOS PADRES)						
Apellidos Nombres Documento de Identidad Parentesco						
Martinez Muñoz	Johana	C.C. 52835680	3133374981			
Direc	Teléfono	Celular				
CL 24C	# 71 - 60	3919930	3133374981			

SERVICIOS

ALMUERZO

NO

	AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y PUBLICACIÓN DE FOTOS					
¿Autoriza el uso y publicación de fotos y videos con fines institucionales? (Redes Sociales, actividades académicas y extraescolares como show de talentos, jornadas deportivas, día de los niños, entre otros).						
		PAGOS				
Persona responsable de los pagos (Deudor) Nota: La persona que quede registrada como Deudor es la responsable de los pagos en el Colegio, a su nombre se expedirán las constancias para efectos de retención en la fuente.						
Apellidos Deudor	Nombres Deudor	C.C. No. Deudor	De	Email		
Herrera Rodriguez	Alfredo	79361845	BOGOTÁ	alfredoh177@hotmail.com		
Dirección residencia	Teléfono residencia	Dirección oficina	Teléfono oficina - ext	Celular		
CL 24C # 71 - 60	3919930	CR 72B # 55 - 89	3931452 Ext: 3931452	3214522540		
Apellidos Codeudor	Nombres Codeudor	C.C. Nº Codeudor	De	Email		
Martinez Muñoz	Johanna	52835680	BOGOTÁ	johanamm30@hotmail.com		
Dirección residencia	Teléfono residencia	Dirección oficina	Teléfono oficina - ext	Celular		
CL 24C # 71 - 70	3919930	CR 24 # 50 - 68	7462749 Ext: 7462749	3133374981		
	en ei Manuai ae Conviv	FIRMAS	o Angloamericanista de la l	institucion.		
	Firma del Padre Firma del Estudiante					
	Rectora	_		ora de Admisiones		
	ESPACIO PA	RA SER DILIGENCIA	ADO POR EL COLEGI	0		
Observaciones (Colegio):						
			Fecha:			
Persona autorizada por el	Colegio					



COLEGIO ANGLO AMERICANO PROYECTO FORJADO DE VALORES PARA UNA NUEVA SOCIEDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE PSICOLOGÍA ESCOLAR

 CÓDIGO: BN.F.24
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 03/11/2023
 Página 1 de 1

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, basada en la ley 1090 de 2006, es de nuestro interés contar con su autorización para que, en caso de ser necesario, pueda brindársele a su hijo(a) la atención requerida, acorde con los recursos disponibles en el colegio y teniendo en cuenta que, al autorizar la atención:

- Su hijo(a) recibirá, sin ningún costo adicional, el servicio de orientación psicológica que inluye observación inicial y seguimiento en áreas como: socioemocional, académica y convivencial, según la necesidad del estudiante. Posibles citaciones a padres de familia, en caso de ser requerido para retroalimentación y pautas. Es importante aclarar que la atención prestada NO es una atención clínica ni reemplaza la psicoterapia.
- Los horario establecidos para dicha intervenciones se realizan en horarios de clase, durante la jornada escolar.
- En caso de ser necesario, se realizarán remisiones a instituciones externas para intervención del caso. Usted como acudiente podrá escoger la mejor alternativa de intervención y entregar al colegio los informes de valoración o de recomendaciones pertinentes a fin de garantizar el debido trabajo interdisciplinario y el avance del estudiante dentro del ámbito escolar.

Una vez leída y comprendida la anterior información, por favor registre que autoriza la presentación del servicio que brinda el colegio:

En constancia se firma el día 06 de Diciembre del año 2023.

Firma Padre de Familia

Nombre completo: HERRERA RODRIGUEZ ALFREDO

C.C. N° 79361845 de BOGOTÁ

Firma Madre de Familia

Nombre completo: MARTINEZ MUÑOZ JOHANNA

C.C. N° 52835680 de BOGOTÁ

En nuestra condición de padres del estudiante HERRERA MARTÍNEZ ANA MARIA del grado QUINTO, identificado con documento de identidad No. 1028443708 de: BOGOTÁ - BOGOTÁ. Manifestamos que hemos leído y entendido la información recibida y en consecuencia expresamos nuestro consentimiento y autorización al servicio de psicología escolar del Colegio Anglo Americano a realizar la observación inicial, así como el seguimiento pertinente, en caso de ser necesario.

HOJA EN BLANCO HOJA EN BLANCO
HOJA EN BLANCO