	CORPORACIÓN SAN ISIDRO - COLEGIO ANGLO AMERICANO			
	INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE AÑO 2024			
CÓDIGO: AM.F.35	VERSIÓN: 19	FECHA: 25/10/23	Página 1 de 2	

DATOS DEL ESTUDIANTE									
Grado				Apellidos			Nombres		
QUINTO				HERRERA MARTÍNEZ			ANA MARIA		
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Lugar	Edad	Sexo	Tipo de documento	N° Documento de identidad	
	10	02	2014	BOGOTÁ - BOGOTÁ - COLOMBIA	9	FEMENINO	T.I.	1028443708 de: BOGOTÁ - BOGOTÁ	
Grupo Sanguineo Factor RH:	A -	EPS:	Sanitas		IPS:	sanitas		Medicina prepagada:	Colsanitas
Dirección de residencia:			CL 24C # 71 - 60 BOGOTÁ				Teléfono residencia:	6013919930	
DATOS DEL PADRE									
Apellidos			Nombres			Telefono residencia	Teléfono oficina	Celular	
Herrera Rodriguez			Alfredo			3919930	3931452 Ext: 3931452	3214522540	
DATOS DE LA MADRE									
Apellidos			Nombres			Telefono residencia	Teléfono oficina	Celular	
Martinez Muñoz			Johanna			3919930	7462749 Ext: 7462749	3133374981	
DATOS EN CASO DE EMERGENCIA (PERSONA DIFERENTE A LOS PADRES)									
Apellidos			Nombres			Tipo de documento		Número	
Martinez Muñoz			Johana			C.C.		52835680	
Dirección			Teléfono			Celular		Parentesco	
CL 24C # 71 - 60			3919930			3133374981		3133374981	
ESQUEMA DE VACUNACIÓN									
¿Tiene el esquema de vacunación de acuerdo a la edad del estudiante?							Esquema completo		
ANTECEDENTES MÉDICOS			SI	NO	CÚAL/MOTIVO				
¿Ha sufrido alguna enfermedad importante?				X					
¿Presenta alguna enfermedad actualmente?				X					
¿Ha tenido algún episodio de convulsión?				X	¿Qué tipo de convulsión?		¿Requiere medicamento?		
¿Requiere algún medicamento de forma permanente?				X	Nombre:		Dosis:		
¿Ha sido hospitalizado(a) alguna vez?				X					
¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?				X					
¿Actualmente presenta algún tipo de alergia?				X					
¿Actualmente es alérgico a algún alimento o bebida?				X					
¿Actualmente es alérgico a algún medicamento?				X					
¿Ha sufrido lesiones osteomusculares?				X					
¿Presenta alguna alteración auditiva y/o visual?				X					
¿Existe alguna condición médica especial que ustedes consideren que la enfermería del Colegio debe conocer?				X	¿Cuál?		Tratamiento:		
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?			Si				Si		Si
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.

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:

Nombre completo

Firma

HOJA EN BLANCO 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 N° 1378 de abril 26 de 1999
Preescolar y Primaria: Calle 170 N° 8-80
Bachillerato: Calle 170 N° 8-70

Folio N° _____

Grado: QUINTO


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

DATOS DEL ESTUDIANTE						
APELLIDOS				NOMBRES		
HERRERA MARTÍNEZ				ANA MARIA		
Nacionalidad	Estrato	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Lugar de nacimiento	
					Municipio	Departamento
COLOMBIA	5	FEMENINO	9	10-02-2014	BOGOTÁ	BOGOTÁ - COLOMBIA
Tipo de documento	T.I.	Número	1028443708		Lugar de Expedición	
					Municipio	Departamento
¿Pertenece a algún grupo étnico?	NO	¿Cuál?			BOGOTÁ	BOGOTÁ
Dirección de residencia			Teléfono residencia		Lugar de residencia	
					Municipio	Departamento
CL 24C # 71 - 60 BOGOTÁ			6013919930		BOGOTÁ	BOGOTÁ
Estudiante		Antiguo	¿Tiene hermanos en este colegio?			No

DATOS DEL PADRE				
Apellidos	Nombres	Lugar de Nacimiento		
Herrera Rodriguez	Alfredo	BOGOTÁ - COLOMBIA		
Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
1965-10-04 / Edad: 58	C.C. 79361845	BOGOTÁ - BOGOTÁ	1999-05-07	
Dirección residencia		Teléfono residencia	Celular	
CL 24C # 71 - 60 BOGOTÁ - BOGOTÁ		3919930	3214522540	
Profesión	E-mail	Empresa donde trabaja	Cargo	Tiempo de servicio
Administrador bancario	alfredoh177@hotmail.com	Independiente	Propietario	25 años
Dirección oficina		Teléfono oficina - ext		
CR 72B # 55 - 89		3931452 Ext: 3931452		

DATOS DE LA MADRE				
Apellidos	Nombres	Lugar de Nacimiento		
Martinez Muñoz	Johanna	BOGOTÁ - COLOMBIA		
Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
1981-04-08 / Edad: 42	C.C. 52835680	BOGOTÁ - BOGOTÁ	1999-05-07	
Dirección residencia		Teléfono residencia	Celular	
CL 24C # 71 - 70 BOGOTÁ - BOGOTÁ		3919930	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 Ext: 7462749		

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

	COLEGIO ANGLO AMERICANO		
	HOJA DE MATRÍCULA		
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
Dirección		Teléfono	Celular
CL 24C # 71 - 60		3919930	3133374981

SERVICIOS					
MEDIAS NUEVES	NO	ALMUERZO	SI	TRANSPORTE	SI


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).	SI

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. N° Codeudor	De	Email
Martinez Muñoz	Johana	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

Al firmar esta hoja de matrícula, adquirimos el deber de conocer y aceptar las normas consagradas en el Manual de Convivencia y en el Compromiso Angloamericanista de la Institución.

FIRMAS	
<div>Firma del Padre</div> <div></div> <div>Rectora</div>	<div>Firma del Estudiante</div> <div></div> <div>Coordinadora de Admisiones</div>

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL COLEGIO	
Observaciones (Colegio):	
<div></div> <div></div> <div></div>	
Firma del Padre	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 incluye 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 HOJA EN BLANCO