



# COLEGIO SANTIAGO MAYOR

*"formación de líderes con responsabilidad social"*

Aprobación oficial pre jardín, jardín, transición, primaria y bachillerato resolución N°4561  
24/11/2007

## FORMULARIO ESTADO DE SALUD 2019

Los antecedentes médicos del estudiante, así como su actual estado de salud son de vital importancia para nosotros. Solicitamos diligenciar esta información de la manera más precisa posible, con el fin de brindar la mejor atención a su hijo(a).

### ANTECEDENTES ALÉRGICOS (ESPECIFICAR)

Medicamentos:	Picaduras Insectos:
Alimentos:	Otros:

### ANTECEDENTES QUIRURGICOS (ESPECIFICAR)

--

### ANTECEDENTES TRAUMATICOS (ESPECIFICAR)

--

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Por favor marque con una X y especifique el tipo de enfermedad anterior o actual y el tratamiento que recibe:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enf. Sistema Digestivo |
| <input type="checkbox"/> Migraña    | <input type="checkbox"/> Enf. Del Corazón       |
| <input type="checkbox"/> Asma       | <input type="checkbox"/> Enf. De los Ojos       |
| <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Enf. De los Oídos      |
| <input type="checkbox"/> Alergias   | <input type="checkbox"/> Bronquitis             |
| <input type="checkbox"/> Paperas    | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |

Eruptivas:  Sarampión  Varicela  Rociola  Amigdalitis

Otros:
--------

### TRATAMIENTOS ESPECIALES

--

### RECOMENDACIONES ESPECIALES A NIVEL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN

--

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO EN FORMA PERMANENTE? SI  NO

Nombre:	Dosis:
---------	--------

¿AUTORIZA LA ADMINISTRACIÓN DE ALGÚN MEDICAMENTO EN CASO DE FIEBRE O DOLOR TRAS AUTORIZACIÓN ESCRITA? SI  NO

En cuales casos:	
Nombre medicamento:	Dosis:

**NOTA:** para administrar medicamentos se requiere formula médica y autorización escrita de los padres.

### ULTIMA VALORACION UDTIVA

Fecha:	Observaciones:
--------	----------------

### ULTIMA VALORACION DE AGUDEZA VISUAL

Fecha:	Observaciones:
Utiliza anteojos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros:

**EN CASO DE EMERGENCIA AUTORIZAMOS A EL COLEGIO SANTIAGO MAYOR A QUE TRASLADAR A NUESTRO HIJO (A) A LA CLINICA:**

Medico:	Tel:	Celular:
---------	------	----------

E.P.S. No.	Afiliación:
Medicina prepagada:	No. Afiliación:

GRUPO SANGUINEO:  A+  A-  B+  B-  AB+  O+  O-

FIRMA DEL PADRE

C.C. \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA MADRE

C.C. \_\_\_\_\_

**NOTA:** "por ningún motivo se suministraran medicamentos sin formula médica". En caso de requerir suministrar medicamento Acetaminofén debe enviar autorización firmada, cada vez que se requiera, independientemente de diligenciar este documento.

Diligenciar en su totalidad en tinta negra y en letra imprenta