

# VI MARIST NATIONAL ENGLISH CAMP

Olympic Games: *Marist make the difference*



## FICHA MÉDICA

Con forme a los estipulado en el **Artículo 13** de la **Ley 911 de 2004** sobre la administración de medicamentos, solicitamos a los padres de familia y/o acudientes del estudiante participante del campamento de inglés que diligencie el siguiente formato de manera legible, correcta y actualizada.

En caso de que el estudiante requiera algún tratamiento médico, este documento deberá estar acompañado de las certificaciones, prescripciones u ordenes médicas pertinentes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Identificación R.C. \_\_\_ T.I. \_\_\_ C.C. \_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Otro familiar: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra afiliado a algún Servicio de Emergencia Médica? Si \_\_\_ No \_\_\_

Cuál \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Afiliación: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

EPS \_\_\_\_\_ Medicina Prepagada \_\_\_\_\_ No. Afiliación: \_\_\_\_\_

## DATOS MÉDICOS

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ factor R.H. \_\_\_\_\_

Alergias: Si \_\_\_ No \_\_\_

Cuáles \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos en el momento? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Puede tomarlos sólo? Si \_\_\_ No \_\_\_

Explique brevemente cuáles y sus horarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene dieta especial? Si \_\_\_ No \_\_\_ (Anexar prescripción del nutricionista)

Nombre del nutricionista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Explique brevemente cuál y su horario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# VI MARIST NATIONAL ENGLISH CAMP

Olympic Games: *Marist make the difference*



¿Padece o ha padecido de una enfermedad contagiosa? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_  
Cuáles \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Cuáles \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? Si \_\_\_ No \_\_\_

Recomendaciones que se deben tener al momento de la atención del paciente en la enfermería:

---

---

---

---

---

He suministrado y anexado la información necesaria para que la institución brinde el preintercuidado apropiado a mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
NOMBRE DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
NOMBRE DEL ACUDIENTE

