

**COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS BETHLEMITAS NORTE****FICHA MÉDICA ESTUDIANTE AÑO 2025****DATOS EL ESTUDIANTE**

Nombres y apellidos del estudiante:		
No. Documento de identidad:	Tipo de documento:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
EPS:	Edad:	Sexo: M ___ F ___
Grupo sanguíneo y factor RH:	Peso:	
Dirección de la residencia:		
Barrio:	Estatura:	
Servicios especiales: (ambulancia, medicina domiciliaria y prepagada)		Teléfono:
Hospitales/Clínicas convenio:		
Seguro estudiantil: Si ___ No ___	Código del estudiante:	
Grado al que ingresa en el año 2025:	Nuevo en el colegio: Si ___ No ___	

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombres y apellidos del padre:		
No. Documento de identidad:		
No. teléfono casa:	No. teléfono oficina:	Móvil:
¿Vive con el estudiante?: Si ___ No ___		
Nombres y apellidos de la madre:		
No. Documento de identidad:		
No. teléfono casa:	No. teléfono oficina:	Móvil:
¿Vive con el estudiante?: Si ___ No ___		
Nombres y apellidos del acudiente:		
No. Documento de identidad:		
No. teléfono casa:	No. teléfono oficina:	Móvil:
¿Vive con el estudiante?: Si ___ No ___		

ENFERMEDADES PADECIDAS Y/O COMORBILIDADES

PATOLOGÍAS	SI	NO	¿Cuáles?
Cardiacas			
Respiratorias			
Endocrinas (diabetes)			
Ginecológicas			
Neurológicas			
Oftalmológicas			
Congénitas			
Alergias			
Otras (fracturas, hospitalizaciones)			
¿Usa lentes de contacto? Si ___ No ___			¿Usa gafas? Si ___ No ___

NOTA: Si el estudiante está diagnosticado con alguna enfermedad y se encuentra en tratamiento médico, por favor anexar la historia clínica actual, de acuerdo con lo establecido en el Manual de convivencia y el protocolo institucional de primeros auxilios casos especiales de salud.

Firma Padre de familia

Firma Madre de familia



COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS BETHLEMITAS NORTE

FICHA MÉDICA ESTUDIANTE AÑO 2025

**AUTORIZACIÓN PARA MANEJO DE DATOS PERSONALES
AUTORIZACION DE MANEJO DE CASOS DE SALUD**

Teniendo en cuenta lo establecido por el decreto 1377 del 2013 artículo 12, yo como representante legal y/o acudiente del menor NOMBRE DEL ESTUDIANTE autorizo de manera previa, expresa e informada a **LAS HERMANAS BETHLEMITAS PROVINCIA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS** por medio del **COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS BETHLEMITAS NORTE**, el tratamiento de sus datos personales de salud con la finalidad de que el COLEGIO realice atención y seguimiento al diagnóstico presentado por el menor, preste los servicios de salud para los cuales está establecido y de acuerdo a la necesidad del menor, suministre los medicamentos formulados, en el entendido que he leído y me he informado de las políticas de tratamiento de datos personales que se encuentran en la página www.bethlemitasbogotanorte.edu.co respecto del manejo de datos personales de menores de edad.

Datos Sensibles: El representante legal del menor autoriza expresamente al **COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS BETHLEMITAS NORTE** para que, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales, recopile y de tratamiento a datos de salud, especialmente aquellos con carácter biométrico, con la finalidad de prestar atención necesaria por parte de la enfermería del COLEGIO. El representante legal manifiesta que ha sido informado de que estos datos son sensibles y con especial protección y que no se encuentra obligado a autorizar su tratamiento.

El representante legal conoce y autoriza la recolección de información que, en las instalaciones del COLEGIO, se practica a través de la video vigilancia, la cual se realiza con la finalidad de monitoreo y control de seguridad.

Finalmente, el representante legal manifiesta que ha sido informado previamente sobre los efectos de la presente autorización, como de los demás derechos y garantías consagradas en la Ley 1581 de 2012 como sus Decretos reglamentarios y que está en plenas condiciones para expresar su voluntad libre de vicios del consentimiento.

Nombres de los acudientes y/o Responsables