



NIT: 860.007.627 -1
COMPAÑÍA DE JESÚS - COLEGIO SAN JOSÉ
VÍA 5 CUA - 175 PTO. COLOMBIA
PBX: 57 + 605 + 3670600
www.colsanjose.edu.co



ENCUESTA DE DATOS PERSONALES Y MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESCOLAR

Datos del niño o niña:

Nombre completo:
Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:
Colegio en el que estudia:
Grado:
Teléfono de la casa:
Peso (kilos):
Talla (metros):
Tipo de sangre:

Alérgico a algún medicamento y/o alimento: Sí () NO ()
Nombre del medicamento y/o alimentos a los que es alérgico:
Utiliza algún medicamento en especial: Sí () NO ()
Nombre del medicamento:
Motivos del uso: ninguno Contraindicaciones:

Nombre de la E.P.S al que está afiliado:
Se encuentra afiliado a un servicio médico de emergencia: Sí () NO () Indique la entidad:
Número de afiliación:

Se encuentra afiliado a medicina prepagada: Sí () NO () Indique la entidad:
Número de afiliación:

Seguro Estudiantil Sí () NO () Indique la entidad:

En caso de emergencia y que no sea posible localizar a los familiares (padre/madre de familia o acudiente) autoriza el traslado del niño o niña a un centro asistencial: Sí () NO ()
Centro asistencial de preferencia:

Datos del padre/madre de familia o acudiente:

Padre:
Nombre completo:
Celular:
Teléfono de la oficina:

Madre:
Nombre completo:
Celular:
Teléfono de la oficina:

Acudiente:
En caso de emergencia y no encontrarse al padre/madre de familia, el Colegio se podrá comunicará con la siguiente persona encargada del niño o niña:
Nombre completo:
Parentesco con el niño o niña:
Celular:
Teléfono fijo:

Observaciones: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

Nombre: _____

Nombre: _____