


| | | | |
|---|--|----------|------------|
|  | Proceso: Gestión de Matrícula Certificado médico estudiantes Instituto Caldas | CÓDIGO: | GAM2-FO-09 |
| | | VERSIÓN: | 4 |
| | | FECHA: | 27/11/2019 |
| | | HOJA: | 1 de 2 |

La información contenida en el presente documento es de carácter confidencial y reservado; según lo contenido en la Ley 23 de 1981, la resolución 1995 de 1991 y la Ley 1581 de 2012. El titular y su representante legal son los únicos que tienen a su cargo la debida responsabilidad del uso del presente documento. La UNAB - INSTITUTO CALDAS no se responsabiliza del uso que puedan ejercer terceros por el indebido manejo efectuado por el titular. Se recomienda administrar el presente documento con estándares óptimos de compromiso.

Los derechos que le asisten como titular podrán ser consultados en la Política de Tratamiento de la Información y Datos Personales disponible en el portal Institucional <http://www.institutocaldas.edu.co>, siguiendo el enlace "Aviso de Privacidad". Para ejercer sus derechos ante la UNAB - INSTITUTO CALDAS (responsable del tratamiento de la información personal) puede dirigirse a las instalaciones en la Circunvalar 35 No. 92 - 135 Tejar Moderno o comunicarse a través del correo (icrectoria@unab.edu.co).

La información relacionada con circunstancias de salud se consideran datos de carácter sensible, razón por la cual usted no está obligado a autorizar su Tratamiento y la prestación del servicio de educación y del servicio de restaurante no estará sujeta a su otorgamiento, con todo, recuerde que estos datos son solicitados con el fin de brindar la adecuada prestación de los mismos.

Autorización del (los) Representante(s) Legal(es) del niño(a) o adolescente:

Con el diligenciamiento y firma del presente formato **autorizo/autorizamos** de manera previa, informada y expresa a la UNAB - INSTITUTO CALDAS, identificado con NIT. 890.200.499-9, para que mis datos personales y los del niño(a) o adolescente al que represento sean tratados de acuerdo a las siguientes finalidades: 1) Incorporarlos al portafolio del estudiante 2) Utilizarlos en el servicio de enfermería y bienestar estudiantil 3) En caso de contratar el servicio de restaurante escolar proporcionar un adecuado servicio, conforme al contrato celebrado y transmitir, únicamente los datos pertinentes para el servicio de restaurante, a la entidad que se contrate para la prestación de dicho servicio.

Así mismo, **declaro/declaramos** conocer que, en mi condición de titular y/o representante legal del niño(a) o adolescente, podré formular consultas, reclamos y demás derechos contenidos en la Política de Tratamiento de la Información y Datos Personales ante la UNAB - INSTITUTO CALDAS en la dirección física y correo electrónico arriba mencionados. Al diligenciar el presente documento **manifiesto/manifestamos** que la información suministrada es veraz y precisa, queda bajo mi (nuestra) responsabilidad como padre/madre de familia y/o representante legal, el informar a la UNAB - INSTITUTO CALDAS cualquier novedad o imprecisión respecto de la información suministrada.

Conocido el carácter sensible de los datos recolectados en el presente formato, **autorizo/autorizamos** a la UNAB - INSTITUTO CALDAS el tratamiento de los datos del niño(a) o adolescente que represento(amos).

Nombre: _____ Firma: _____

Vínculo con el niño(a) o adolescente: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Vínculo con el niño(a) o adolescente: _____ Teléfono: _____


• **Información del Estudiante:**

Año escolar **2021** Grado: _____ Grupo: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: Ciudad: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____

Género: Femenino: _____ Masculino: _____

| | | | |
|---|--|----------|------------|
|  | Proceso: Gestión de Matrícula Certificado médico estudiantes Instituto Caldas | CÓDIGO: | GAM2-FO-09 |
| | | VERSIÓN: | 4 |
| | | FECHA: | 27/11/2019 |
| | | HOJA: | 2 de 2 |

- **Información familiar:**

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del padre: _____

Vive con: _____

- **Información médica:**

Grupo Sanguíneo: _____ RH _____ EPS: _____

Lugar donde recibe atención médica (Nombre de clínica/IPS): _____

¿Ha tenido cirugías? Sí _____ No _____

Motivo de hospitalizaciones y/o cirugías: _____

Alergias: Sí _____ No _____ Relacionadas con: Alimentos: _____ Medicamentos: _____ Ambientales: _____

Precisar: _____

Detalle de alergias relacionadas con la alimentación:

Enfermedades relacionadas con la alimentación:

Indicación/prescripción médica a ser tenida en cuenta en la prestación del servicio de restaurante:

¿Está tomando medicamentos actualmente? Sí _____ No _____

¿Cuál/Cuáles? _____

¿Con qué objetivo? _____

| | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Tiene el esquema de vacunación completo para su edad. |
| _____ | _____ | El peso y la talla corresponden con su etapa de desarrollo. |
| _____ | _____ | El crecimiento y desarrollo están acordes con la edad cronológica. |
| _____ | _____ | Los órganos de los sentidos se encuentran en perfecto estado. |

- **Observaciones y/o recomendaciones de carácter médico:**

Después de realizarse examen físico completo, y teniendo en cuenta que se sigan las recomendaciones dadas, declaro en calidad de profesional de la salud que el (la) estudiante se encuentra clínicamente sano(a) y por tanto apto(a) para vivir en comunidad.

Nombres y apellidos del médico

R. M / C.C

Firma