



# FICHA de INSCRIPCIÓN



Código: **2018-** \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Familia: \_\_\_\_\_ Código Personal: \_\_\_\_\_

(Para uso del Colegio)

## 1. DATOS DEL ALUMNO(A)

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Lugar Día Mes Año

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_ Municipio Departamento Teléfono

Nacionalidad(es) actual(es): \_\_\_\_\_  
No. Pasaporte

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Prefiere usar: Mano \_\_\_\_\_ Pie \_\_\_\_\_  
Derecha Izquierda Derecho Izquierdo

En la familia es el hijo número: \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_ Hermanas \_\_\_\_\_  
Ordinal Cantidad Cantidad

Nombre de los hermanos(as) en este Colegio \_\_\_\_\_

## 2. DATOS DEL PADRE

\_\_\_\_\_ Nombre Apellidos

\_\_\_\_\_ Nacionalidad DPI o No. Pasaporte Profesión

Estado civil: \_\_\_\_\_  
Soltero Acompañado Casado Divorciado Viudo

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Dirección

Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empresa Dirección

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Domicilio Trabajo Celular

## 3. DATOS DE LA MADRE

\_\_\_\_\_ Nombre Apellidos

\_\_\_\_\_ Nacionalidad DPI o No. Pasaporte Profesión

Estado civil: \_\_\_\_\_  
Soltera Acompañada Casada Divorciada Viuda

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Dirección

Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empresa Dirección

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Domicilio Trabajo Celular

#### 4. REFERENCIAS DE SALUD DEL ALUMNO(A)

¿Ha padecido enfermedades graves, operaciones y/u hospitalizaciones?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Padecimiento \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?

- Diabetes o azúcar en sangre u orina Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Presión arterial Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Enfermedad cardíaca o fiebre reumática Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Bronquitis, asma o problemas pulmonares Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Artritis o enfermedad muscular prolongada Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Anemia o problemas de coagulación Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Gastritis, úlcera o enfermedad vesicular Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Enfermedad renal o urinaria Sí \_\_\_ No \_\_\_
- Hepatitis Sí \_\_\_ No \_\_\_

Tipo de Sangre \_\_\_\_\_ Si es el caso anote:

Alguna enfermedad hereditaria \_\_\_\_\_

Alguna limitación física actual \_\_\_\_\_

Tipo de alergia(s) \_\_\_\_\_

A qué medicamento(s) es alérgico \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma ocasionalmente \_\_\_\_\_

¿Se puede medicar a su hijo(a) en casos leves como: dolor estomacal, dolor de cabeza, náusea o dolor de garganta? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si se requiere agregue alguna recomendación \_\_\_\_\_

Si por emergencia necesitara hospitalización \_\_\_\_\_ Hospital

Pediatra o médico \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Para la **atención médica de las emergencias** es indispensable tener uno de estos contratos: **Seguro** con cobertura de emergencias y servicio de ambulancia \_\_\_

**Alerta Médica:** Plan Familiar \_\_\_ Plan Escolar \_\_\_

*Al optar por Alerta Médica Escolar me comprometo a cancelar en enero la cuota anual, en los otros casos a presentar fotocopia del carné, póliza o certificado vigentes. Es de mi conocimiento que al darse una emergencia y no contar con la respuesta esperada del Seguro, el Colegio llamará a Alerta Médica y como padre me comprometo a cubrir los gastos que ocasione este servicio especial.*

#### 5. OTROS DATOS

Si en algún momento no pudiéramos comunicarnos con ustedes o por emergencia, indique con qué otras personas de su confianza podríamos hacerlo. (Priorice)

\_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono(s)

\_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono(s)

\_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono(s)

Para facturación anote: \_\_\_\_\_ Nombre NIT

**Me comprometo a actualizar mis datos, en caso de algún cambio.**

Fecha: \_\_\_\_\_ f) \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Padres del alumno(a)