



FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS 2026.

Señor padre de familia, por favor diligencie toda la información solicitada sobre los antecedentes médicos de su hijo(a), como prevención ante cualquier situación del estudiante en la institución.

Yo _____ identificado(a) con CC. _____ De _____

Como padre madre o acudiente del/la estudiante _____ del curso _____ jornada _____

informo que toda la información que he suministrado es verídica y que teniendo en cuenta la condición médica del/la estudiante SI () NO () autorizo su participación en actividades y eventos deportivos organizados por el Colegio y con entidades aliadas durante el año 2026.

Si no autoriza o autoriza con recomendación, por favor escribirlo:

1. Antecedentes patológicos (alguna enfermedad ya diagnosticada) SI __ NO __

Cual: _____

2. Antecedentes farmacológicos (consume algún medicamento de manera permanente) SI __ NO __

Cual: _____

3. Antecedentes quirúrgicos (ha tenido alguna cirugía) SI __ NO __

Cual: _____

4. Antecedentes alérgicos (tiene alergia a algún medicamento y/o alimento) SI __ NO __

Cual: _____

5. Antecedentes traumáticos (ha tenido alguna fractura o lesión) SI __ NO __

Cual: _____

6. Antecedentes familiares (enfermedades importantes en la familia) SI __ NO __

Cual: _____

7. Antecedentes hospitalarios (ha sido hospitalizado) SI __ NO __

¿Por qué?: _____

FIRMA: _____ Fecha de firma _____ Teléfono _____