



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



Circular DBE 0001 2018-2019
Puerto Colombia, agosto 13 de 2018

PARA: PADRES Y MADRES DE FAMILIA
DE: DIRECCION DE BIENESTAR ESTUDIANTEL
ASUNTO: DATOS IMPORTANTES PARA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA

La salud y el bienestar de nuestros estudiantes son muy importantes. Pensando en brindar la mejor atención posible en cuanto a los cuidados que se deben tener en situaciones de malestar físico y ante incidentes que se puedan presentar en las actividades que desarrollan a diario los estudiantes en el plantel, y que son tratados a través de la Enfermería y Bienestar Estudiantil, necesitamos de su colaboración en cuanto a la información médica acerca de sus niños. Por tal motivo solicitamos el favor de diligenciar el desprendible adjunto independientemente de la actualización realizada en SAP y devolverlo al Acompañante de Grupo.

Nota: se deja constancia de que la enfermería sólo realiza primeros auxilios y no suministra medicamentos. En caso de tener un tratamiento, por favor asegurarse que el estudiante entregue su medicamento con la debida prescripción médica. Se agradece tener actualizados los números telefónicos que son de vital importancia en el momento de un imprevisto. Para su tranquilidad se cuenta con un protocolo de atención en caso de emergencia y casos particulares.

El colegio ha establecido un convenio con CEM (Coomeva Emergencia Médica) para la atención de situaciones en las cuales se comprometa la integridad física del estudiante y que ameriten traslado urgente a un centro hospitalario, previa autorización de los padres o acudientes inscritos en el desprendible de esta circular.

Cordialmente,

EUNICE GAMERO
Directora de Bienestar Estudiantil

DESPRENDIBLE PARA SER DEVUELTO EL DÍA DE LA MATRÍCULA

Nombre del estudiante: _____

Documento de identidad del estudiante: _____ Grado: _____ Tel casa: _____

Nombre de la madre: _____ Celular _____ Tel oficina _____

Nombre del padre: _____ Celular: _____ Tel oficina _____

En caso de emergencia y no encontrarse a la madre o padre de familia, el colegio se podrá comunicar con la siguiente persona encargada del estudiante: _____

Parentesco: _____ Celular _____ Teléfono fijo _____

Alergia a qué medicamentos y/o alimentos: _____

Utiliza algún medicamento en especial: SI _____ NO _____ Nombre del medicamento: _____

Motivos del uso: _____ Contraindicaciones _____

E.P.S: _____ Se encuentra afiliado a un servicio médico de emergencia: SI () NO ()

Indique la entidad _____ Número de afiliación _____

Medicina Prepagada: SI () NO () Indique la entidad: _____

Numero de afiliación a Medicina Prepagada: _____

Seguro Estudiantil: si () no ()

En caso de emergencia y que no sea posible localizar a los familiares (padres o acudientes) usted autoriza el traslado del estudiante a un centro asistencial: SI _____ NO _____

Centro asistencial de preferencia _____

Tipo de sangre del estudiante _____

Observaciones: _____

FIRMA PADRES DE FAMILIA: _____

(Padre)

(Madre)