

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Santiago de Cali, 10 de junio de 2019

Apreciados Padres de Familia del CCB:

De acuerdo con nuestra comunicación sobre Matrículas, la siguiente es la **Autorización de Atención Médica** que les solicitamos por favor diligenciar y firmar por ambos padres.

Para **TODOS** los estudiantes es requisito indispensable para matricular, traer firmado e impreso este documento.

Para los niños que **ingresan a Primaria** y a **Early Childhood**. Por favor adjuntar la copia del carné de vacunas actualizado.

John Zuman

Rector

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

EPS: _____

Ley 1098 de 2006, Art. 44 # 3 de Infancia y Adolescencia.

Autorizamos al Colegio a suministrar a través de su Departamento Médico, los medicamentos y tratamiento de urgencia y emergencia a nuestro hijo/a y el traslado a la institución de salud más cercana apropiada.

Sí **No**

Asimismo, autorizamos el suministro de medicamentos que le hayan sido formulados por su médico tratante.

Sí **No**

Certificamos que la información que hemos entregado en la Ficha Médica / Historia Clínica es completa y veraz.

Firma del Padre

Cédula:

Firma de la Madre

Cédula:

DEPARTAMENTO MÉDICO
medico@ccbcali.edu.co
Tel: (57-2) 555 53 46 - 555 53 98