



Señores
PADRES DE FAMILIA

Reciban un cordial saludo. En cumplimiento a la normatividad vigente para la atención integral en salud de la comunidad estudiantil menor de edad, es de nuestro interés contar con su autorización para que en caso de ser necesario se le pueda brindar a su hijo el apoyo requerido, de acuerdo con los recursos disponibles en el Liceo.

Con el fin de que pueda otorgar su consentimiento de manera informada, es fundamental que lea y comprenda la información que se presenta a continuación. Esta tiene como objetivo dar a conocer el alcance de su autorización, describiendo los procedimientos de Primeros Auxilios y Apoyo Escolar (Orientación Humana, Educación Inclusiva y Atención Familiar), así como los riesgos asociados a su realización y las posibles implicaciones de no llevarlos a cabo.

El servicio de Bienestar del Liceo Campestre Cafam está conformado por, auxiliar de enfermería y profesionales psicosociales.

A. PRIMERO AUXILIOS

Procedimientos:

- **Administración de medicamentos por vía oral:** Se realizará únicamente con fórmula médica expedida por un médico de la EPS. No se administrarán medicamentos basados en notas de los padres en la agenda escolar. La preparación adecuada del medicamento (ejemplo: antibiótico) según la prescripción médica será responsabilidad de los padres.
- **Toma de signos vitales:** Se monitorearán la tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y oximetría.
- **Curaciones de baja complejidad:** Se atenderán abrasiones y heridas menores.
- **Inmovilizaciones provisionales:** En caso de trauma por accidente escolar, se realizará una inmovilización temporal mientras se procede con la remisión al especialista para continuar con el tratamiento necesario.
- **Primeros auxilios y remisión por la póliza escolar:** En caso de accidente escolar (no producto de una agresión), el padre o acudiente deberá asistir al colegio para trasladar al estudiante al lugar de remisión.
- **Traslado en ambulancia:** Solo en caso de urgencia vital, es decir, cuando el profesional médico del servicio de emergencias contratado por el Colegio considere que la vida del paciente está en riesgo, se realizará el traslado en ambulancia, incluso antes de la llegada de los padres.
- **Enfermedad:** En casos de fiebre, vómito, diarrea y/o enfermedad general, se informará al padre o acudiente después de evaluar al estudiante para que, si es necesario, recoja al menor y/o consulte en su respectiva EPS por urgencias. Por esta razón, un niño con síntomas de enfermedad NO debe asistir al colegio, ya que representa un riesgo biológico (enfermedades virales) y de complicación de su enfermedad. El estudiante que presente síntomas de enfermedad viral será aislado inmediatamente, y se contactará a los padres o acudientes para que lo retiren del colegio, en cumplimiento de los protocolos

de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud Nacional.

Medicamentos: Vía Tópica (piel):

- Diclofenaco gel: Antiinflamatorio de uso local.
- Reparil gel: Antiinflamatorio de uso local.
- Metatitane crema: Emoliente.
- Sulfadiazina de plata: Antibacteriano tópico.
- Betametasona crema: Antiinflamatorio y antialérgico de uso local.

Nota: Los riesgos asociados a la administración de estos medicamentos incluyen la posibilidad de reacciones alérgicas desconocidas.

Curaciones:

Se realizarán curaciones en caso de lesiones superficiales como laceraciones o escoriaciones (raspaduras). Si se presentan heridas que requieran sutura (puntos), solo se procederá con el lavado, oclusión de la herida y remisión a través de la póliza estudiantil (previa verificación de pago) o a la EPS correspondiente.

Los riesgos de realizarla	Los riesgos de no realizarla
Alergia a antisépticos. Sangrado. Dolor.	<ul style="list-style-type: none">• Infección en la herida.• Demora en el proceso de cicatrización.

Inmovilizaciones:

En caso de requerir una inmovilización (esguinces, fisuras, fracturas, luxaciones), se utiliza un inmovilizador provisional y se traslada al paciente a un nivel de mayor complejidad para continuar con el tratamiento requerido.

Los riesgos de realizarla	Los riesgos de no realizarla
Dolor. Inflamación.	<ul style="list-style-type: none">• Desplazamiento de posibles fracturas.• Incremento en la gravedad de la lesión.• Aumento del dolor.

Procedimientos que no se realizan: (Por disposición del Ministerios de Salud y Ministerio de Educación en los servicios de primeros auxilios escolares **no se suministran medicamentos ingeridos o inyectados**), recuerde que es un servicio de atención primaria, no de atención médica.

Para su conocimiento le informamos que los siguientes procedimientos **NO** se realizan en el servicio de primeros auxilios del colegio:

- Suturas
- Inyectables
- Pruebas de penicilina
- Micronebulizaciones
- Retiro de puntos

- Glucometrías
- Aplicación de medicamentos

B. APOYO ESCOLAR

Usted autoriza que:

1. Su hijo reciba el servicio de Apoyo Escolar: Orientación humana, Educación Inclusiva y Atención familiar, que incluye valoración, citación a padres y seguimiento en áreas como la socioemocional, familiar, académica o convivencial según la necesidad de cada caso. Se aclara que estos apoyos son de atención primaria, no terapéutica.
2. Los tiempos establecidos para dichas intervenciones se realizan en horarios de clase durante la jornada escolar y/o direcciones de grupo.
3. De ser necesario, se remitirá el caso a instituciones externas para su intervención. Asimismo, el colegio se adhiere a los referentes legales establecidos en el Directorio de Protocolos de Atención Integral para la Convivencia Escolar y el Ejercicio de los Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos V. 5.0, para aquellos casos que lo ameriten, según su complejidad.
4. Se llevará a cabo la revisión, valoración, creación e implementación del PIAR (Plan Individual de Ajustes Razonables) o DUA (Diseño Universal de Aprendizaje), en caso de ser necesario, en el marco del Decreto 1421 de 2017 sobre educación inclusiva. Esto se realizará a partir del diagnóstico específico emitido por un profesional de la salud, las necesidades de adecuación en el proceso pedagógico y las recomendaciones para el entorno escolar.
5. Se brindarán indicaciones de manejo en el hogar, teniendo en cuenta las particularidades del caso.

MEDIOS DE CONTACTO CON EL SERVICIO

Si usted tiene alguna duda con respecto a esta información, antes de firmar, por favor no dude en comunicarse con: Piel del Mar Londoño Ayala plondono@cafam.edu.co ; Sindy Johanna Lizarazo-slizarazo@cafam.edu.co; Gloria Alejandra Quijano Duque gquijano@cafam.com.co

CONSENTIMIENTO INFORMADO – VIGENCIA ESCOLAR 2025

Una vez leída y comprendida la anterior información, por favor registre que autoriza o NO la prestación de cada uno de los servicios de salud que brinda el colegio, marcando con una X, escribiendo nombre y firma en el espacio correspondiente para la validación de la información:

Yo _____ identificado con C.C. _____ de _____, en mi condición de padre, madre o acudiente del estudiante _____ del curso _____, identificado con documento de identidad N° _____ y con EPS _____ manifiesto que he leído y entendido la información recibida y en consecuencia expreso mi posición frente a la autorización o NO al servicio de Bienestar del Liceo Campestre Cafam a realizar, de ser necesario y previa valoración en primeros auxilios (salud física), orientación psicológica (salud emocional), educación inclusiva (desarrollo cognitivo y motor); los siguientes procedimientos a mi hijo:

PROCEDIMIENTO	SI AUTORIZO	NO AUTORIZO
Administración de medicamentos vía tópica		
Curaciones		
Inmovilizaciones		
Apoyo Escolar (Atención básica mediante apoyo psicosocial individual, familiar y procesos de educación inclusiva)		

ALERGIAS. Si su hijo padece de alergia conocida a alguno de los medicamentos mencionados, éste no podrá administrarse, independientemente de su autorización; es necesario que el personal de salud del Liceo tenga conocimiento de la existencia de estas alergias, así que por favor regístrelo en el renglón a continuación:

¿Alérgico(a) a algún medicamento?	SI	NO	¿Alérgico(a) a algún alimento?	SI	NO
-----------------------------------	----	----	--------------------------------	----	----

OBSERVACIONES ADICIONALES REFERIDAS A LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA O DEL DESARROLLO INTEGRAL DE SU HIJO. Registre y describa cualquier información adicional sobre diagnósticos médicos, psicológicos, terapéuticos o psiquiátricos que deban ser tenidos en cuenta en el momento de prestar la atención en cualquiera de los servicios de Bienestar Estudiantil:

Nombre y firma Padre/Madre/Acudiente

Fecha: dd/mm/aaaa



**DECLARACIÓN DE SALUD
BIENESTAR
Liceo Campestre Cafam**

La declaración de salud es un formato que busca identificar los riesgos más importantes de salud y realizar una orientación adecuada. Debe diligenciarse bajo la gravedad de juramento, con todos los datos personales y familiares, la condición de salud actual y pasada y todos aquellos antecedentes patológicos, epidemiológicos, quirúrgicos y toxicológicos. (Ver resolución número 1995 de 1999).

Recuerde que, lo que no está escrito, no es evidente para el Servicio de Primeros Auxilios del Liceo.

La información aquí consignada debe ser veraz y exacta, si tiene alguna duda asesórese de su médico o su EPS para dilucidarlo; cualquier inexactitud u omisión en la información ocasiona los efectos señalados por la ley.

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	GRADO AL QUE INGRESA

2. IDENTIFICACIÓN DE PADRES O ACUDIENTES

NOMBRE DEL PADRE/ MADRE O ACUDIENTE	DOCUMENTO IDENTIDAD	TELEFONOS FIJOS	CELULAR

3. ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE. Responda SI o NO en la casilla correspondiente y especifique el tipo de antecedente en caso de que su respuesta sea afirmativa.

ANTECEDENTES	SI	NO	ESPECIFIQUE EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA AFIRMATIVA
Congénitos			
Enfermedades diagnosticadas del estudiante			
Enfermedades en estudio del estudiante			
Quirúrgicos			
Hospitalizaciones			
Traumáticos			
Alérgicos			
Farmacológicos			
Tóxicos			
Familiares			
Psicológicos y neuropsicológicos			

¿Cuenta con el esquema de vacunación obligatoria?			
¿Cuenta con el esquema de vacunación complementario? (Varicela, hepatitis A, influenza, otros)			
¿Cuenta con el esquema de vacunación contra el virus SARS-COV-2 la COVID 19? Especifique si el menor cuenta con una o dos dosis			

4. OBSERVACIONES

(Consigne en el siguiente espacio la información que considera relevante respecto a la salud de su hijo (a)).

“Declaro que la información consignada es veraz y exacta, cualquier inexactitud u omisión en ella ocasiona los efectos señalados por la ley”. ¹El tratamiento de datos personales de los menores de edad será conservada y protegida con base en los lineamientos dispuestos por la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Nota: Los estudiantes que tengan alguna restricción o limitación para cumplir con actividades físicas, deportivas o académicas deberán adjuntar la correspondiente certificación médica.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. – Mediante el presente documento autorizo de manera previa, expresa e informada a La Caja de Compensación Familiar CAFAM para que haga tratamiento de los Datos Personales aquí suministrados con las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en: www.cafam.com.co, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y 1377 de 2013 y en especial para que: los recopile, almacene, use y suprima, especialmente, aquellos que son definidos como Datos Sensibles. La finalidad y uso que CAFAM llevará a cabo con el tratamiento de la información suministrada cualquier tipo de oferta a través de la universalidad de los negocios de la Caja de Compensación.

Reconozco que en virtud de lo previsto en el artículo 12 del decreto 1377 de 2012, se permite el tratamiento de la información de niños, niñas y adolescentes, cuando este cumpla con los siguientes parámetros: 1) Que responda y respete el interés superior de los niños, niñas y adolescentes. 2) Que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales. Adicionalmente, he sido informado que: Como titular de los datos y/o representante del menor, tengo derecho a: i) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales; ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento de conformidad con la ley; iii) Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se le ha dado a sus datos personales; iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente política y las normas que rigen la materia, cumpliendo para el efecto con el requisito de procedibilidad consistente en haber agotado el trámite de consulta o reclamo ante la Empresa; v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. Sobre los mismos y la forma de ejercerlos leeré la Política de Tratamiento Información de CAFAM disponible en: www.cafam.com.co

Para los propósitos de la presente ley, se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Nombre y firma Padre/Madre/Acudiente: _____

Fecha: dd/mm/aaaa Vigencia escolar 2025.