

SUBSECRETARIA DE ACCESO Y PERMANENCIA – DIRECCIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL
ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE:

NOMBRE: _____ Dirección: _____ TEL: _____ LOCALIDAD: _____
Sede: _____ Jornada AM ___ PM ___ Noche: _____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____
TIPO DE IDENTIFICACION: TI RC CC OTRO _____ No. DE IDENTIFICACION: _____
CURSO: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____ Parentesco: _____
NOMBRE DE LA ENTIDAD EN SALUD A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO EL ESTUDIANTE (A): _____

DETALLES DEL ACCIDENTE:

LUGAR DEL ACCIDENTE: Colegio Calle Casa Otro _____
FECHA DEL ACCIDENTE: DIA ___ MES ___ AÑO ___ HORA: ___ Minutos ___

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO:

EN CASO DE REQUERIR AMBULANCIA:

NOMBRE DE LA PERSONA DEL 123 QUE ATIENDE LA LLAMADA DE EMERGENCIA: _____
HORA DE LA LLAMADA: Hora _____ Min _____ NUMERO DEL MOVIL QUE ASISTE AL COLEGIO: _____
LUGAR O ENTIDAD A LA CUAL FUE REMITIDO EL ESTUDIANTE _____

DATOS DE QUIEN ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE ACCIDENTADO AL SERVICIOS DE SALUD:

Nombre: _____ Vínculo con el estudiante _____ Telf. de contacto: _____

Yo _____ con C.C No _____ como acudiente y/o familiar del/de la estudiante accidentado(a), certifico que recibí la información necesaria por parte del colegio acerca de la ruta que debo seguir para la atención del accidente escolar de mi hijo(a) y/o familiar y, que recibí los tres docs. (_____, _____, _____) que debo presentar en el momento de la facturación para gestionar que el valor de los copagos o cuotas moderadoras sean asumidos por el Convenio Interadministrativo entre la Secretaria Distrital de Salud y la Secretaria de Educación del Distrito.

FIRMA DEL ACUDIANTE Y/O FAMILIAR

C.C _____
Tel: _____

FIRMA PERSONA DEL COLEGIO QUE ATENDIO EL ACCIDENTE

C.C _____
CARGO _____