

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con T.I.\_\_\_\_  
C.C.\_\_\_\_ C.E.\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en  
\_\_\_\_\_ en calidad de Estudiante del programa  
\_\_\_\_\_ me

obligo a cumplir de manera integral el Reglamento Orgánico Interno de la Universidad Externado de Colombia y demás disposiciones reglamentarias establecidas por la misma, en especial, lo relacionado con la disciplina, durante la salida de campo. De igual manera, me comprometo a acatar todas las instrucciones y orientaciones del personal a cargo de la actividad.

Así mismo, declaro que conozco y acepto el itinerario, tiempos de estadía y demás actividades programadas para la salida de campo; sin embargo, la Universidad no será responsable por los cambios que deban realizarse.

En caso de padecer alguna enfermedad, lesión u otra circunstancia que pueda afectar mi normal participación en la salida de campo programada, me comprometo a informarla con la suficiente antelación a la Facultad, con la finalidad de que se revise y eventualmente se autorice mi asistencia a la actividad.

En calidad de titular de mis datos personales, otorgo consentimiento previo, expreso e informado para que la Universidad Externado de Colombia lleve a cabo el tratamiento de los mismos, con la finalidad de cumplir con su objeto social y desarrollar los procesos administrativos, financieros y académicos propios de su actividad.

Lo anterior, de conformidad con la Política de Tratamiento de los Datos Personales de la Universidad<sup>1</sup>, la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Documento de identificación: \_\_\_\_\_

**Historial de Salud:**

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> <https://www.uexternado.edu.co/politicasdeprivacidad/>

1	¿Considera que tiene buen estado físico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, ¿Por qué?
2	¿Realiza actividad física o practica algún deporte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál?
3	¿Sabe nadar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, evalúe su destreza en una escala de 1 a 3 donde 3 corresponde a nivel experto: _____
4	¿Se encuentra en buen estado de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, ¿Por qué?
5	¿Está bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuál?
6	¿Qué enfermedades padece?
7	¿Qué enfermedades ha padecido?
8	¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica?
9	¿Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos? <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Antibiótico, explique la razón médica: <input type="checkbox"/> Otro, explique:
10	¿Tiene alguna condición médica no especificada anteriormente que requiera supervisión médica?
11	¿Cuál es su factor RH?

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Documento de identificación: \_\_\_\_\_