



Informacion Medica

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCUELA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ # DE TELEFONO _____

ALTERNATIVA _____ # DE TELEFONO _____

DOCTOR FAMILIAR _____ # DE TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, YO AUTORIZO QUE LA ESCUELA INICIE PRIMEROS AUXILLIOS (hidrógeno peroxide, crema para primeros auxilios, epinephrine, O², etc.) EN LA ESCUELA Y LUEGO MANDAR EL ESTUDIANTE UN HOSPITAL O DOCTOR SI ES QUE NO ME ENCUENTREN. ENTIENDO QUE SERE RESPONSABLE POR LOS GASTOS.

CIRCULE: SI NO

HOSPITAL PREFERIDO: _____

ASEGURANZA: (Circule uno) Medicad CHIP Aseguro Privado No Aseguro

FIRMA: _____ FECHA _____

Padres

RECORD DE SALUD:

EXPLIQUE CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE TENGO O MEDICINA

ECESARIA: _____

ALERGIAS:(por ejemplo: medicamento, comida, mordida de insecto etc.)

