

FICHA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Datos del estudiante

Apellido y nombres: _____

Edad: ____ años Curso: ____ División: ____ Fecha: ____ / ____ / 20__

Grupo sanguíneo: ____ Factor RH: ____ DNI: _____

Autorización

En caso de accidente, enfermedad o cualquier situación de emergencia que involucre a mi hijo/a, autorizo al/la director/a y/o a los/as docentes de la Escuela Secundaria Técnica UTN – Sede San Miguel a tomar todas las medidas que consideren necesarias y/o convenientes, tales como:

- ✓ Brindarle primeros auxilios.
- ✓ Solicitar atención médica y/o servicio de urgencias.
- ✓ Trasladarlo/a a un hospital, sanatorio o centro asistencial.

Indicaciones importantes para la atención médica

A fin de facilitar una atención rápida y adecuada, solicito considerar las siguientes indicaciones:

Contactos de emergencia

• Contacto 1

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Vínculo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Disponibilidad horaria: _____

Otra aclaración: _____

• Contacto 2

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Vínculo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Disponibilidad horaria: _____

Otra aclaración: _____

• **Contacto 3**

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Vínculo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Disponibilidad horaria: _____

Otra aclaración: _____

Cobertura médica

¿Posee cobertura médica? Sí (Adjuntar fotocopia de la credencial) No

Obra Social / Prepaga: _____

N.º de afiliado/a: _____

Teléfono de contacto de la cobertura: _____

Institución médica de referencia (opcional)

En caso de traslado, preferentemente recurrir a:

(Médicos, hospitales o sanatorios de confianza. Incluir nombre, teléfono, dirección, N.º de historia clínica, etc.)

Observaciones médicas importantes

(Indicar alergias, enfermedades, medicamentos, tratamientos, etc.)

Compromiso

Me comprometo a informar a las autoridades escolares cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha dentro de las 48 horas de producida, así como cualquier otra novedad de relevancia médica.

 Se solicita adjuntar fotocopia del carnet de obra social y/o medicina prepaga.

Bella Vista _____ de _____ de 20____

Firma de la Madre/Padre o Tutor

Aclaración

DNI

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD¹

Apellido y nombres del estudiante: _____
 Edad: _____ años Curso: _____ División: _____ Fecha: ____ / ____ /20 ____

ANTECEDENTES DE SALUD	INDICAR CON X		OBSERVACIONES
	SI	NO	
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO:			
Procesos inflamatorios o infecciosos			
Otras (indicar):			
B) ¿PADECE DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
Metabólicas: diabetes			
Cardiopatías congénitas			
Cardiopatías infecciosas			
Hernias inguinales, crurales			
Otras (indicar):			
C) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE			
Hepatitis (60 días)			
Sarampión (30 días)			
Perotiditis (30 días) (Paperas)			
Mononucleosis Infecciosa (30 días) (Infl. de ganglios)			
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)			
Otras (indicar):			
D) INFORME MÉDICO²:			

<p>El estudiante CUMPLE - DEBE ACTUALIZAR³ con lo dispuesto por el "Calendario Obligatorio de Vacunación".</p>			
_____ Firma y aclaración del Padre, Madre ó Tutor		_____ Firma y sello del Médico	
		Fecha: ____ / ____ /20 ____	

¹Los Sres Padres están obligados a notificar dentro de las 72 hs a la dirección de la Escuela Secundaria Técnica UTN – San Miguel, los cambios que pudieran ocurrir sobre esta información.

²El informe médico consignará si el alumno se encuentra o no capacitado para efectuar actividad física y/o con que limitaciones, así como otra información de carácter médico sobre el alumno que entienda conveniente poner en conocimiento de las autoridades de la escuela.

³Tachar lo que no corresponda.