



FICHA PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

APELLIDO y Nombre del alumno/a:

En caso de accidente, enfermedad, etc. de mi hijo/a, autorizo al Director y/o Docentes de la Escuela Tecnológica "Werner von Siemens" a disponer de todos los recaudos que estimen necesarios y/o convenientes, tal como prestarle primeros auxilios, hacerlo atender por un médico y/o servicio de urgencia médica, trasladarlo a un hospital ó centro asistencial, etc.

A fin de facilitar la atención de mi hijo, sugiero observar las siguientes indicaciones:

Comunicarse con (indicar nombres, teléfonos, domicilios, horarios, etc.):

.....
.....
.....
.....

Médico/s y/o Hospital/es y/o Sanatorio/s de mi confianza (indicar nombres, teléfonos, domicilios, Nº de Historia Clínica, etc.):

.....
.....
.....
.....

Datos de la obra social (nombre, teléfono, domicilio, Nº de afiliado, etc.):

.....
.....
.....
.....

Sangre Grupo: **Factor R.H.:**

Observaciones de interés médico (alergias, medicamentos especiales, etc.):

.....
.....
.....

Me comprometo a notificar a las autoridades de la Escuela Tecnológica "W. v. Siemens" toda modificación de los datos señalados por mí más arriba dentro de las 48 horas de producidos, así como cualquier otra novedad relacionada con el tema de la presente.

Firma del Padre y/o Madre,:

Tutor ó encargado

Aclaración:

Fecha: de de

(ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE OBRA SOCIAL y/o MEDICINA PREPAGA)