



Ficha de Emergencia Médica

**Año Escolar
2018 - 2019**

Puerto Ordaz, Estado Bolívar.

Inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Educación bajo el código PD-00320701

Datos del Estudiante

Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Fecha nacimiento: _____ Peso: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Grupo / Grado / Año: _____

Es importante que llene esta ficha con atención ya que será utilizada en caso de **Emergencia Médica**

Medicamentos que se pueden suministrar en caso de:

Vómitos: _____ Dolor de Cabeza: _____

Fiebre: _____ Otros: _____

¿Presenta algún tipo de alergia?: _____ Explique: _____

Cuando suceda un siniestro que requiera atención, el procedimiento que seguiremos es el acostumbrado hasta ahora. Llamaremos a los teléfonos que usted señale, pero hay situaciones que a simple vista ameritan atención médica inmediata. En estos casos, avisaremos a los teléfonos señalados por usted para su conocimiento y para que se haga presente en una clínica.

Nombre de la Madre: _____ Teléfono Hab.: _____

Teléfono Oficina: _____ Celular: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono Hab.: _____

Teléfono Oficina: _____ Celular: _____

Alguna otra persona de contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono Hab.: _____ Teléfono Oficina: _____ Celular: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ C.I. N° _____

Representantes del Estudiante: _____

Acepto la solución que me propone el Colegio: SI _____ NO _____

En caso de respuesta negativa, señale la opción que debemos seguir en una emergencia que requiera la atención médica inmediata, de su representado(a): _____

Puerto Ordaz, _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Representante