

FORMULARIO DE PRIMEROS AUXILIOS – 2025

Se notifica a través de la presente que en caso de emergencia médica, los Primeros Auxilios serán efectuados por MEDICARDIO, empresa que ha sido contratada por la Institución para tal efecto.

Nombre y apellido del alumno/a:

Sección: D.N.I.:

1. En caso de emergencia, rogamos avisar a alguno de los siguientes teléfonos:

.....TE:

.....TE:

.....TE:

2. En caso de necesidad, desearíamos que nuestro/a hijo/a sea trasladado/a a:

.....

(Denominación del Hospital, Clínica, etc. lo más cercano posible a la Institución)

Dirección:

Localidad:TE:

Personal médico deseable para su atención en ese centro de salud:

.....

3. OBRA SOCIAL a la cual pertenece:

4. Comunicamos que nuestro hijo/a padece de los siguientes problemas de salud:

.....

.....

No se le deben suministrar los siguientes medicamentos:

.....

¿Es alérgico/a? SI / NO Especifique:

GRUPO SANGUINEO:

Última aplicación vacuna antitetánica:

Firma y aclaración de los progenitores:

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CARNET DE OBRA SOCIAL