

**FORMULARIO DE PRIMEROS AUXILIOS – 2026**

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 /de la alumno/a: .....

Sección: ..... D.N.I.: .....

Teléfonos: .....

En caso de emergencia, rogamos avisar a alguno de los siguientes teléfonos (consignar nombre y apellido de los mismos):

TE: .....

TE: .....

TE: .....

En caso de necesidad, deseáramos 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:

.....

OBRA SOCIAL a la cual pertenece: .....

Nro. de afiliado/socio: ..... (ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET)

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

.....

¿Recibe tratamiento médico? SI / NO Especificar: .....

.....

No se le deben suministrar los siguientes medicamentos:

.....

.....

¿Es alérgico/a? SI / NO Especifique: .....

GRUPO SANGUINEO: .....

VACUNACIÓN COMPLETA: ..... INCOMPLETA: .....

Última aplicación de la vacuna antitetánica fue: .....

Lugar y fecha: .....

Firma y aclaración de progenitor 1: .....

Firma y aclaración de progenitor 2: .....