

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DE LA OFICINA DE SALUD

ESTUDIANTE APELLIDO NOMBRE		PRIMER NOMBRE		SEXO	NUMERO DE TELEFONO			
GRADO	MAESTRA	FECHA DE ENTRADA		FECHA DE NACIMIENTO				
DIRECCION DE CASA		ESCUELA ANTERIOR						
¿HAY CONDICIONES ESPECIAL DE SALUD?		NO	SÍ	SI RESPONDE SÍ FAVOR DE ENLISTARLAS:				
¿TOMA MEDICINA?		EN CASA EN ESCUELA (SI TOMA MEDICINA EN LA ESCUELA ES NECESARIO LLENAR NUESTRA FORMA)						
ALERGIAS	NO	SÍ	SI RESPONDE SÍ FAVOR DE ENLISTARLAS:					
LENTES	NO	SÍ	CONTACTOS	NO	SÍ	PROBLEMAS CON EL OÍDO	NO	SÍ

(favor de ver le reverso)

DOCTOR DE ESTUDIANTE _____ DENTISTA DE ESTUDIANTE _____

VIVE CON QUIEN: MAMÁ Y PAPÁ MAMÁ PAPÁ OTRO: ¿QUIEN? _____

AQUIEN LE HABLAMOS PRIMERO (SEGUNDO, TERCER) SI SE ENFERMA SU HIJO(A)

1.	NOMBRE	TEL. CASA/TRABAJO/CELLULAR	RELACIÓN
2.	NOMBRE	TEL. CASA/TRABAJO/CELLULAR	RELACIÓN
3.	NOMBRE	TEL. CASA/TRABAJO/CELLULAR	RELACIÓN
4.	NOMBRE	TEL. CASA/TRABAJO/CELLULAR	RELACIÓN

FIRMA: _____ FECHA: _____