



COLEGIO INGLATERRA REAL

FORMATO PARA PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO

V.3

Los datos suministrados en este registro serán utilizados en caso de emergencia como medio de protección, seguridad y beneficio del estudiante, para ofrecer los primeros auxilios.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ CURSO _____

REGISTRO CIVIL O TARJETA DE IDENTIDAD No. _____

E.P.S _____

NOMBRE DEL PADRE _____

Tel. Casa _____ Oficina _____ Celular _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

Tel. Casa _____ Oficina _____ Celular _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE _____ Tel. _____

Marque con una X si su hijo(a) ha padecido o padece con frecuencia de las siguientes enfermedades y/o situaciones de salud:

ENFERMEDADES	si	n o	ENFERMEDADES	si	n o
Alergias a picaduras			Gripas frecuentes		
Alergias a medicamentos			Hipoglicemia		
Alergias a alimentos			Infecciones urinarias		
Asma			Migraña		
Diabetes			Rinitis		
Epilepsia			Úlcera		
Gastritis					

Si ha contestado afirmativamente alguna de las anteriores preguntas especifique lo siguiente:

¿Tiene prescripción médica? _____ ¿Qué tipo de medicina usa? _____ (enviarla)

¿Cuál medicina no puede recibir? _____ ¿Cuál alimento no puede consumir? _____

Tipo de sangre _____ Factor Rh _____

Otra información que se deba conocer _____

Nosotros _____ como Padres y/o

acudientes del estudiante _____ del grado _____

Autorizamos al Colegio Inlaterra Real para que le presten los Primeros Auxilios a nuestro hijo (a).

Firma del padre

Firma de la madre