



Conservatorio
Julián Aguirre

FICHA DE SALUD

PARA NIÑOS Y ADULTOS

CICLO LECTIVO 2015

(Encerrar con un círculo lo que corresponda)

TURNO: Mañana / Tarde / Vespertino **CURSO LENGUAJE**

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: **EDAD:.....**

D.N.I.: **FECHA DE NAC.:** **TELÉFONO:**

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR: **¿ES ALÉRGICO?:**

¿A QUÉ?

INDIQUE A QUÉ MEDICAMENTOS ES ALÉRGICO:

ENFERMEDADES O DOLENCIAS FÍSICAS:

PSICOLÓGICAS:

PSIQUIÁTRICAS:

¿TOMA MEDICACIÓN?: ¿CUÁL?

¿TIENE OBRA SOCIAL?: ¿CUÁL?

PLAN Nº DE SOCIO /AFILIADO:

EN CASO DE EMERGENCIA:

¿AUTORIZA LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL SERVICIO DE URGENCIAS (E.M.M.E)? SI - NO

TEL. DE URGENCIA 1: NOMBRE DEL FAMILIAR:

TEL. DE URGENCIA 2: NOMBRE DEL FAMILIAR:

TEL. DE URGENCIA 3: NOMBRE DEL FAMILIAR:

¿AUTORIZA EL TRASLADO? SI - NO

¿TIENE PREFERENCIA POR ALGÚN HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO? SI - NO

¿CUÁL?

DIRECCIÓN: TEL.:

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE 18 AÑOS:

EN CASO DE AUSENCIA DEL PROFESOR:

¿AUTORIZA A SU HIJO A RETIRARSE SOLO DEL ESTABLECIMIENTO? SI - NO

FIRMA DEL PADRE, MADRE O ADULTO RESPONSABLE

PARENTESCO..... DNI:

ACLARACIÓN DE LA FIRMA: