

EMERGENCIA MÉDICA
(Completar con letra clara por favor)

APELLIDO Y NOMBRE: _____ CURSO: _____

Obra Social/ Prepaga: _____ Numero de afiliado/a: _____

Lugar a trasladar (Debe ser el lugar más cercano al Colegio previsto por la Obra Social/Prepaga)

(El colono será trasladado al lugar sugerido por la familia a menos que el servicio médico de urgencia contratado por la institución, determine la conveniencia de otro lugar adecuado para el tipo de emergencia)

Persona/s a quien avisar en caso de necesidad y teléfonos respectivos:

Conforme la normativa vigente se encuentra prohibido la prescripción y/o suministro de medicamentos por parte de los docentes, debiendo ocuparse de tal cuestión las familias y/o responsables de los alumnos.

Como excepción en casos de fiebre alta a requerimiento de la familia podrá suministrarse algunos de los medicamentos indicados más abajo previa autorización de la misma. El suministro de medicamento estará a cargo exclusivamente de la Clínica Médica del Colegio.

En caso de tener mi hijo/a fiebre alta SI – NO (tachar lo que no corresponde)
AUTORIZO a la Clínica Médica del Colegio (médico/a y/o enfermero/a) a suministrar este medicamento:

IBUPROFENO
PARACETAMOL
ASPIRINETA/ ASPIRINA

(Tachar lo que no corresponde)

Importante

(Siendo que los productos medicinales generar efectos diversos y diferentes para cada individuo, los cuales surgen de los propios informes de los laboratorios que elaboran dichos productos, liberamos en forma expresa y absoluta de toda responsabilidad al Colegio y/o a su Clínica Médica por cualquier efecto adverso o colateral que pudiere padecer el colono como consecuencia del suministro del producto medicinal precedentemente mencionado.)

Firma del padre/madre/responsable legal: _____

DNI _____

Aclaración _____