



ESCUELA YOLIHUANI, S.C.
JULES VERNE SCHOOL

EMERGENCIA MEDICA

- NOMBRE DEL ALUMNO (A) _____
- GRADO _____
- NOMBRE DEL PADRE _____
- TEL. CASA _____
- TEL. OFICINA _____
- NUMERO CELULAR _____
- TEL EMERGENCIA _____
- NOMBRE DE LA MADRE _____
- TEL CASA _____
- TEL OFICINA _____
- NUMERO CELULAR _____
- TEL EMERGENCIA _____
- TIPO DE SANGRE ALUMNO _____

MEDICAMENTOS QUE SE LE PUEDAN ADMINISTRAR EN LA ESCUELA EN CASO DE:

- CATARRO: _____
- COLICO MENSTRUAL: _____
- DIARREA: _____
- DOLOR DE CABEZA: _____
- DOLOR DE GARGANTA: _____
- FIEBRE-CALENTURA: _____
- HEMORRAGIA NASAL: _____
- IRRITACION DE OJOS: _____
- MALESTAR ESTOMACAL: _____
- TOS: _____

¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? SI _____ NO _____

¿CUAL? _____

AUTORIZO A JULES VERNE SCHOOL LE ADMINISTRE A MI HIJO (A) LOS MEDICAMENTOS SEÑALADOS EN CASO DE SER NECESARIO.

FIRMA DE AUTORIZACION _____
C.C.P. EXPEDIENTE
MAESTRA DE GRUPO