

EMERGENCIA MÉDICA

(Completar con letra clara por favor)

APELLIDO y NOMBRE:

ORIENTACIÓN: AÑO:

Obra Social/ Prepaga: Numero de afiliado/a:

En caso que el servicio de médico determine la necesidad de traslado para la atención del alumno el mismo se realizará al Hospital Luciano y Mariano de la Vega.

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

.....

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 Enfermería de la ESPUNM.

En caso de tener mi hijo/a fiebre/dolores menstruales/ musculares /y otros:

SI – NO (tachar lo que no corresponde)

AUTORIZO al personal de Enfermería de la Escuela Secundaria Politécnica de la UNM a suministrar este medicamento:

IBUPROFENO

PARACETAMOL

ASPIRINA

(Tachar lo que no corresponde)

Importante

(Siendo que los productos medicinales pueden 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 a la Escuela Secundaria Politécnica y/o a su servicio de Enfermería por cualquier efecto adverso o colateral que pudiere padecer nuestro hijo/a como consecuencia del suministro del producto medicinal precedentemente mencionado.)

Firma del padre

Firma de la madre

Aclaración:

DNI:

Aclaración:

DNI: