

## 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: .....