

Señores Padres:

Nos es grato comunicarnos con Ustedes con el fin de Informarles que la Institución educacional a la que concurre su hijo/a, nos ha confiado la cobertura médica de las distintas situaciones patológicas que pudieran ocurrir como consecuencia de la actividad escolar.

Es nuestra obligación conocer los antecedentes médicos de sus hijos con el fin de darles un servicio de excelencia, por lo que solicitamos llenar el siguiente formulario.

1) Apellido y Nombre del Alumno:

Fecha de Nacimiento:

2) Ante cualquier situación debemos comunicarnos con:

Apellido y Nombre

Teléfono

Parentesco

Apellido y Nombre

Teléfono

Parentesco

3) Antecedentes Quirúrgicos:

4) Antecedentes Alérgicos:

5) Antecedentes de Enfermedades Crónicas:

6) Autorizo a que mi hijo sea medicado ante situación de patología: SI  NO

(Indicar enfermedades)

Firma:

Aclaración:

DNI: