I N S T I T U T O A O N I K E N K
N° de Registro CO – I.P.S. 14
Instituto de Gestión Privada Reconocida
José Hernández N° 1469 – Tel/fax: 4851818
Caleta Olivia – Santa Cruz

FICHA DE URGENCIA

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____
SALA/GRADO: _____ DOMICILIO: _____

OBRA SOCIAL: _____
EN CASO DE UN GOLPE, CORTE O ACCIDENTE, ¿A QUÉ CLÍNICA
Y HOSPITAL DEBE SER LLEVADO/A? _____
MEDICO DE CABECERA: _____
GRUPO SANGUÍNEO: _____

DE NO SER POSIBLE TRASLADARLO AL LUGAR MENCIONADO, AUTORIZA/N A LLEVARLO A LA CLÍNICA U HOSPITAL MÁS PRÓXIMO? SI ☐ NO ☐

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SI ☐ NO ☐
ESPECIFIQUE _____

¿TIENE VACUNA ANTITETÁNICA? SI ☐ NO ☐ FECHA DE APLICACIÓN: _____

OBSERVACIONES _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: _____
D.N.I. N°: _____
N° DE TELÉFONO DONDE SE LOS PUEDE UBICAR: _____
N° DE TELÉFONO CELULAR: _____
N° DE TELÉFONO LABORAL Y HORARIO: _____
N° DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR CERCANO: _____
N° DE TELÉFONO DONDE SE LOS PUEDE UBICAR: _____
N° DE TELÉFONO DEL MÉDICO PERSONAL (LUGAR DE TRABAJO Y/O DOMICILIO): _____

_____ FIRMA

_____ ACLARACION