

FICHA DE AUTORIZACIÓN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

DATOS GENERALES DEL/ LA ESTUDIANTE

Nombre del/ la estudiante		Nombre de Institución educativa	
Fecha de nacimiento		Código AMIE de institución educativa	11H00016
Grado/ Curso:		Año lectivo:	
Nombre del representante legal:		Parentesco:	
Dirección del domicilio:		Teléfono(s)	
¿El/la estudiante tiene seguro médico?	SI	NO	Nombre del seguro:
¿El/la estudiante sabe nadar?	SI	NO	Grupo sanguíneo y factor RH:
Nombre del establecimiento de salud al que normalmente acude			

En caso de urgencia llamar a: (orden de importancia)

Nombre		Parentesco		Teléfono	
Nombre		Parentesco		Teléfono	
Nombre		Parentesco		Teléfono	

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si usted considera que existe alguna condición médica importante en el estudiante. Mencionar, por favor explíquelo a continuación:

CONDICIÓN	SI	NO	¿Cuál(es)?
¿Ha sido diagnosticado con alguna(s) enfermedades importantes?			
¿Ha sido sometido a cirugías previas?			
¿Tiene alergias?			
¿Usa algún medicamento regularmente?			

Nota: Si el estudiante requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, el representante deberá enviar el medicamento con la indicación médica correspondiente por agenda a través del docente tutor

Excepciones (Opcional) En caso de que por razones culturales/religiosas Ud. no autorice que su representante reciba algún tratamiento o terapia médica especifíquelo en este apartado

AUTORIZACIÓN

Yo _____, con número de cédula _____, autorizo que mi representado/a _____ con número de cédula _____ reciba atención médica escolar, y en caso de una urgencia, sea trasladado al establecimiento de salud respectivo en el Distrito o fuera de él si es necesario.

Declaro que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la Unidad Educativa _____ cualquier modificación de esta oportunamente.

Fecha: ____/____/____

Firma/ huella: