

**COLEGIO CALASANZ**PO Box 29067
San Juan, P.R. 00929-0067**INFORMACIÓN DE SALUD****CURSO ESCOLAR 20 ____-20 ____**

Apellidos del Estudiante:		Nombre del Estudiante:		Grado:
Sexo:	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	
Dirección Residencial:		Vivo con: () ambos () papá () mamá () otros: _____	Tipo de Sangre:	
			Peso:	
			Estatura:	
Plan médico:		Asegurado principal:		
Condiciones de Salud:	Utiliza: () espejuelos () audifonos	Medicamentos que está tomando actualmente:		
Impedimentos Físicos:		Alergias a algún alimento y/o medicamento:		
Nombre del padre:			Cel.	
Email			Tel. del trabajo	
Nombre de la madre:			Cel.	
Email			Tel. del trabajo	
Tutor:			Cel.	
En caso de emergencias notificar a:		Parentesco:	Teléfono:	
1.				
2.				
3.				
4.				

Protocolo para casos de emergencia:

En caso de una emergencia se seguirán los siguientes pasos:

1. Se atenderá al estudiante en la enfermería del Colegio.
2. Se llamará a los padres o encargados para notificar la emergencia.
3. Luego de evaluar la situación, si fuera necesario, se trasladará al estudiante en vehículo del colegio o administración al centro de salud que permita la emergencia.
4. De ser necesario, se llamará a una ambulancia o emergencias médicas para que lleve al estudiante al hospital.

Autorizaciones:

1. Se autoriza al Colegio a que se lleve al estudiante al centro de salud u hospital más cercano en caso de una emergencia.
Sí () No ()
2. Se autoriza al Colegio a trasladar al estudiante en vehículo del Colegio o administración, o en ambulancia, según la necesidad.
Sí () No ()
3. Se autoriza al Colegio a administrar al estudiante pruebas de glucosa (azúcar) si fuera necesario:
Sí () No ()
3. Se autoriza al Colegio a administra al estudiante medicamentos antipiréticos (contra la fiebre) o para el dolor, como acetaminofén (Tylenol, Panadol, etc.)
Si () No ()
4. El hospital preferido por el padre o encargado, si la emergencia lo permite es: _____

Fecha: _____

Firma: _____