MATRICULA AÑO ESCOLAR 2018-2019
HOJA PARA USO DE ENFERMERIA

Nombre del Estudiante_____ Sexo _____ Edad _____

Grado a matricular _____ Rematriculado _____ Matrícula Nueva _____

Fecha de Nacimiento: Mes_____ Día_____ Año_____ Lugar de Nac. _____

Dirección Física: _____

Estudiante vive: Ambos Padres ___ Madre_____ Padre _____ Tutores Legítimos _____ Otros _____

Condición de Salud: Asma ____ Diabetes ____ Hipoglucémico ____ Hiperglucémico ____ Alergias _____

Otras: Especifique_____

Medicamentos que toma: _____

SI TIENE ALGUNA DIETA O CONDICION, DEBE PRESENTAR EVIDENCIA MEDICA EN LA ACADEMIA Y LLEVAR EL CERTIFICADO Y DIETA AL DISTRITO ESCOLAR DE TOA BAJA - COMEDOR ESCOLAR, SI ALMORZARA EN EL COMEDOR.

Personas a llamar en caso de emergencia:

1. Nombre_____ Relación _____

   Números de Teléfonos_____

2. Nombre_____ Relación _____

   Números de Teléfonos_____

Nombre del Padre _____ Ocupación _____

Números de Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Vive con el estudiante SI____ NO____ Email: _____

Nombre de la Madre_____ Ocupación _____

Números de Teléfonos: Casa_____ Celular_____ Trabajo _____

Email: _____

AUTORIZACION SERVICIOS MEDICOS

Autorizo a la Academia Espíritu Santo, a procurar los servicios médicos que pudiere necesitar nuestro hijo/a _____ con motivo de accidente o indisposición, incluyendo el traslado a facilidades hospitalarias si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entendemos que la academia tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible, sobre cualquier asistencia médica de urgencia requerida a través de de los teléfonos arriba indicados. Aceptamos la razonable discreción de la academia en cuanto a la necesidad de procurar dichos servicios y en cuanto a la naturaleza de los mismos, además, autorizo se le dé la primera ayuda en la academia a mi hijos/as.

FIRMADO HOY, ____ de_____ de 20____.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGÍTIMO: _____