

2019

Nombre del Niño (a) _____

de asegurado _____

El niño padece de: _____

Medicamentos que ingiere:

Nombre	Frecuencia
_____	_____
_____	_____

El niño (a) es alérgico a :

Medicamentos: _____

Alimentos: _____

Personas a quien llamar en caso de emergencia:

PADRE: _____ **Teléfono** _____

MADRE: _____ **Teléfono** _____

Nombre	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Médico de cabecera:

Nombre _____

Teléfono _____

Indico la veracidad de la información anterior y autorizo a Jardín de Niños San Alfonso para llamar a emergencias Médicas o 911 y que el niño (a) citado en esta ficha sea atendido y/o trasladado.

Firma del padre/madre o encargado

Fecha