

**2022**

**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**

\_\_\_\_\_