

2024

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