



**LANGE LEY**

Worldwide Education  
Since 1940

# DATOS PARA CASOS DE EMERGENCIA

## DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre y Apellido: .....  
Dirección: ..... Doc. Identidad: .....  
Sala/Grado/Curso: ..... Teléfono: ..... Celular: .....  
Grupo Sanguíneo / Factor: ..... Edad: .....

## SISTEMA MÉDICO AL QUE ESTÁ ADHERIDO

Nombre del Sistema Médico: .....  
Socio Nro: ..... Plan: .....  
TE de Emergencia: ..... TE de Urgencia: .....

## MÉDICO DE CABECERA

Nombre y Apellido: .....  
Teléfonos: Consultorio: ..... Celular: .....

## DURANTE EL HORARIO ESCOLAR AVISAR A:

Nombre y Apellido: ..... Parentesco: .....  
Teléfonos: Particular: ..... Celular: .....  
Nombre y Apellido: ..... Parentesco: .....  
Teléfonos: Particular: ..... Celular: .....

## ANTECEDENTES CLÍNICOS. (marcar con una X)

1. Asma..... 2. Diabetes..... 3. Corazón..... 4. Alergia a .....  
5. Otras observaciones .....  
.....

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN

.....  
FECHA DEL DÍA

### NOTA IMPORTANTE

- ✓ Ver en "Condiciones de admisión y permanencia ", el punto 14.
- ✓ Se solicita actualizar la información, a la brevedad, cuando se produzca algún cambio en los datos informados.