



HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO CON ATRESIA DE ESÓFAGO

Ciclo lectivo:.....

Apellidos:.....

Nombres:.....

Curso:.....

Diagnóstico:.....

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

(Escribir todo lo que considere de gran importancia para que el personal docente y no docente del establecimiento educativo puedan adquirir capacidades para responder las necesidades del/la estudiante con atresia de esófago)



Posee Certificado de Discapacidad: SI.....NO.....

(Adjuntar fotocopia)

Posee Obra Social o Prepaga: SI.....NO.....

Nombre de la Obra Social o Prepaga:.....

(Adjuntar fotocopia)

Lugar de Atención Médica:.....

Médico de cabecera:.....

Es alérgico: SI.....NO.....

¿A qué es alérgico?.....

¿Hay algún medicamento que no se le pueda administrar y deba saber el personal médico en caso de urgencia?:

¿Cuál ?.....

¿Por qué?.....

Posee dieta específica: SI.....NO.....

(En caso afirmativo adjuntar dieta proporcionada por su médico)

EN CASO DE URGENCIA CONTACTARSE CON:

1. Nombre: Dni:.....

Parentesco:..... Tel:.....

2. Nombre: Dni:.....

Parentesco:..... Tel:.....

3. Nombre: Dni:.....

Parentesco:..... Tel:.....

4. Nombre: Dni:.....

Parentesco:..... Tel:.....



Para más información sobre Atresia de Esófago contactarse con ATEAR Asociación Civil Atresia de Esófago Argentina.

Conectándose a:

A graphic with a blue-to-green gradient background. On the left is the ATEAR logo. To the right of the logo are five social media and contact icons with their corresponding information:

- Facebook icon: @ATEAR.AsociacionCivil
- Instagram icon: @atear.asociacioncivil
- Globe icon: www.atear.org
- Email icon: contacto@atear.org
- Twitter icon: @ATEARorg