



C.A.B.A.....

FICHA DE TRASLADO

Estimados alumnos/personal:

Les pedimos que envíen la FICHA COMPLETA (sin cortar) con los datos que se solicitan en la opción que elijan para su traslado, en caso de ser necesario.

Teresa del Carmen Rovira
 Representante Legal

Por medio de la presente el/la que suscribe.....
 que cursa elaño Div:..... en este Instituto Educativo en caso de que padeciera un incidente o problema de salud que no pueda ser resuelto por la emergencia o asistencia médica y atención que se realiza en la misma escuela, para una mejor y adecuada atención AUTORIZA el traslado, a la Guardia Médica del Hospital Público (nacional o municipal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) más cercano. Asimismo, solicito que ese Instituto comunique dicha situación a los siguientes teléfonos:

a)..... b)..... c).....

FIRMA:.....

ACLARACION:.....

Nº DNI:.....

Por medio de el/la presente la que suscribe
 que cursa elaño Div:..... en este Instituto Educativo en caso de que padeciera un incidente o problema de salud que no pueda ser resuelto por la emergencia o asistencia médica y atención que se realiza en el mismo Establecimiento, comunico que para una mejor y adecuada atención SOLICITA ser trasladado o derivado solamente a la Guardia y /o asistencia médica de mi OBRA SOCIAL / MEDICINA PREPAGA exclusivamente al Sanatorio.....

Ubicado en la calle..... número:.....

Para lo cual se llamará a la emergencia al teléfono.....En este caso el traslado del Instituto hacia dicho Centro Asistencial será realizado por la misma Obra Social o Medicina Prepaga. Consigno que NO autorizo derivación alguna, a ningún Hospital Público (nacional o municipal o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Asimismo, solicito que ese Instituto comunique dicha situación a los siguientes teléfonos:

a)..... b)..... c).....

FIRMA:.....

ACLARACION:.....

Nº DNI:.....