



Pensando escuela.
Construimos experiencia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO MANUEL BELGRANO
ÁREA DE SALUD ESCOLAR
La Rioja 1450 – 5000 – Córdoba (R.A.) – Tel.: 4337040/45 int: 223
E Mail: saludescolar@mb.unc.edu.ar

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

1. Apellido/s y Nombre/s de estudiante:.....
2. D.N.I.:..... Curso:..... Sección:.....
3. Domicilio:.....
4. Teléfono de la casa:..... Teléfono móvil madre/padre/tutor:.....
5. Teléfono de emergencia (trabajo, abuelos, vecinos, amigos que puedan comunicarse):.....
6. Lugar donde desea que sea trasladado su hijo/a en caso de necesidad (Clínica u Hospital), si no se pudiera comunicar con los familiares. (Se aclara que, por tener la U.N.C. un convenio de Área protegida con Servicio de Emergencias, predomina el criterio médico de éste en caso de disponerse el traslado del alumno. Por tanto, la responsabilidad de la Escuela abarca hasta ese momento únicamente)
Clínica u Hospital:.....
7. Obra Social:.....Nº de Afiliado:.....
8. Fotocopia de carnet de afiliado a Obra Social (dato requerido por Servicio de Emergencias en caso de traslado)
9. Fotocopia de D.N.I. (frente y dorso, dato requerido por Servicio de Emergencias en caso de traslado)
10. Grupo sanguíneo:.....Factor RH:.....
11. Alergias a medicamentos/alimentos/insectos:
12. Patologías o medicamentos permanentes en los últimos seis meses:.....
13. El año previo ha recibido atención médica domiciliaria/hospitalaria: SI/NO
14. Presenta algún tipo de discapacidad (visual, auditiva, intelectual, motora, TEA, otra discapacidad) SI/NO.
Especificar:
15. Presenta Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.): SI/NO. En caso afirmativo adjuntar fotocopia.
16. Si posee algún tipo de discapacidad, ¿recibe o no apoyo a la inclusión del sector estatal y/o privado?:.....

.....
Firma Área de Salud Escolar

.....
Firma de padre, madre o tutor