



ESCUELA LAS MAÑANITAS EL BUEN PASTOR
CONCILIO GENERAL DE LAS ASAMBLEA DE DIOS DE PANAMÁ



SECCIÓN DE ENFERMERÍA

“He guardado tus mandamientos y tus testimonios, Porque todos mis caminos están delante de ti”
Salmos 119.168

2024

Nombre:				Nivel:	
Cédula:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Dirección:					
En caso de emergencia llamar a:				Tel:	
Alérgico a algo:	Sí	No	¿A qué?		
¿Padece de alguna enfermedad diagnosticada?	Sí	No	¿Cuál?		
¿Está recibiendo algún tratamiento médico?	Sí	No	¿Cuál?		
¿Su niño(a) tiene alguna discapacidad física?	Sí	No	¿Cuál?		

*** **OBSERVACIÓN:** En caso de cambiar el número de teléfono, por favor informar al consejero.

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Se solicita su autorización para que su acudido reciba los privilegios que ofrecen el **Seguro de Accidentes y El Programa de Salud** que contempla lo siguiente:

- ✍ **EXÁMEN FÍSICO GENERAL: (por enfermera idónea)**
 - a. Cabeza (Detectar piojos)
 - b. Piel (Detectar afecciones en la piel como granos o alergias)
 - c. Detectar hongos en los pies (para clases de piscina)
- ✍ **VACUNACIÓN** (a los niños que lo requieran, según el esquema de vacunación)
- ✍ **TALLA Y PESO**
- ✍ **CHARLAS DE: NUTRICIÓN, SALUD FÍSICA Y MENTAL PARA ESTUDIANTES.**



En cuanto el **Seguro contra Accidentes del Colegio**, llegaría a utilizarse si un niño tuviera un accidente dentro del Colegio, en el trayecto de la casa al colegio, por lo cual sería atendido inmediatamente por la **clínica** que trabajase con la aseguradora lo cual le brindará todas las atenciones, ya sean suturas, inyecciones, medicamentos, etc.

Si requiere hospitalización se llevará al Hospital que trabajase con el seguro, usted no tendría que pagar nada por estas atenciones, ya que esto está incluido dentro del seguro contra accidente de su niño(a).

Yo, _____ doy consentimiento y autorizo la ejecución al programa de salud del Colegio para mi acudido(s).

Firma: _____

Cédula: _____

Fecha: _____