

## Carné de sanidad del estudiante

Enfermedades \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. del médico \_\_\_\_\_

Tel. del dentista \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel./Tel. móvil \_\_\_\_\_

Contacto N.º 2 \_\_\_\_\_

Tel./Tel móvil \_\_\_\_\_

Lugar de encuentro en caso de separación  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Integrante de la familia

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas  
de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo/escuela \_\_\_\_\_

*Foto*

### Integrante de la familia

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas  
de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo/escuela \_\_\_\_\_

*Foto*

### Integrante de la familia

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas  
de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo/escuela \_\_\_\_\_

*Foto*

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Tarjeta de información para emergencias



## Números telefónicos importantes

### Contacto principal

\_\_\_\_\_  
Tel./Tel. móvil \_\_\_\_\_

### Contacto N.º 2

\_\_\_\_\_  
Tel./Tel. móvil \_\_\_\_\_

### Contacto fuera del estado

\_\_\_\_\_  
Tel./Tel. móvil \_\_\_\_\_

## Números telefónicos importantes

### Contacto fuera del estado N.º 2

Tel./Tel. móvil \_\_\_\_\_

Lugar de encuentro de la familia en caso de separación \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_

Farmacéutico \_\_\_\_\_

Seguro de atención médica \_\_\_\_\_

Veterinaria/Perrera \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Integrante de la familia

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo/escuela \_\_\_\_\_



## Integrante de la familia

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo/escuela \_\_\_\_\_



## Carné de sanidad del estudiante

*Completar y separar. Guardar en mochila.*

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. móvil \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Color de cabello \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_

Medicación de venta con receta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

