

**FORMULARIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS
OFICINA DE PRIMEROS AUXILIOS**



Recinto: _____ Fecha de informe _____

Nombre del Perjudicado: _____
(Si es menor también escribir nombre de padre y/o tutor)

Dirección del Perjudicado: _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Email _____

Edad _____ Sexo _____ Seguro Social _____ Plan Médico _____

Fecha/Hora en que ocurrió: _____

Descripción de los hechos: _____

Lesiones _____

Acciones tomadas: _____

Nombre de la Enfermera(o)

Firma de la Enfermera(o)

Teléfono: _____