|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DEL ACCIDENTE** | **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** | **GRUPO** | **RESUMEN DEL SUCESO** | **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**  | **NOMBRE DE LA PERSONA QUE VIENE POR EL ESTUDIANTE Y SE LE ENTREGA LA REMISIÓN A CENTRO DE ATENCIÓN**  | **CEDULA** | **FIRMA DE LA PERSONA QUE VIENE POR EL ESTUDIANTE** | **TRATAMIENTO MEDICO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |