

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNADO

ALUMNO: ..... CURSO:.....

Fecha de nacimiento: ..... N° Cartilla de la Seguridad Social: .....

Padre/madre/tutor legal: ..... DNI: .....

Teléfonos de contacto en horario escolar: 1 ..... - 2 ..... - 3 ..... - 4 .....

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO

¿Sufre su hijo alguna de estas patologías? (En caso afirmativo marcar con X)

|                          |      |                          |           |                          |          |                          |         |                          |                      |                          |           |
|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | ASMA | <input type="checkbox"/> | EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> | DIABETES | <input type="checkbox"/> | MIGRAÑA | <input type="checkbox"/> | ARRITMIA<br>CARDIACA | <input type="checkbox"/> | HEMOFILIA |
|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------|

|                          |                    |  |
|--------------------------|--------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | OTRAS<br>(indicar) |  |
|--------------------------|--------------------|--|

¿Es alérgico a alguno de estos medicamentos?

|                          |            |                          |          |                          |             |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | PENICILINA | <input type="checkbox"/> | ASPIRINA | <input type="checkbox"/> | PARACETAMOL |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|

|                          |                 |  |
|--------------------------|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> | OTROS (indicar) |  |
|--------------------------|-----------------|--|

¿Está sometido su hijo a algún tratamiento médico o farmacológico? (indicar en caso afirmativo)

.....  
.....  
.....

¿Lleva su hijo alguna alimentación especial (Vegetariana, alimentos prohibidos)? (indicar en caso afirmativo)

.....  
.....  
.....

¿Desea hacer alguna observación sobre su hijo que se deba tener en cuenta?

.....  
.....  
.....

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos aquí manifestados, a la vez que me comprometo a notificar al Centro cualquier cambio de importancia que se produzca con respecto a esta ficha médica.

El Médano – Granadilla de Abona, ..... de ..... de .....

Fdo: .....