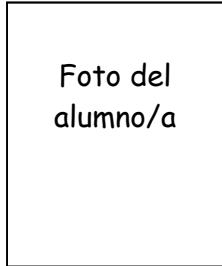


FICHA DE SALUD

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_  
Tutor/a: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_  
En caso de urgencia avisar a: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



DATOS DE SALUD:

¿Tiene actualmente alguna enfermedad o ha padecido alguna enfermedad? ¿Cuál o cuáles? ¿Cuándo?

\_\_\_\_\_

¿Sigue actualmente algún tratamiento? ¿Cuál? ¿Por qué?

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o a otra cosa?

NO

SI  ¿A cuál? \_\_\_\_\_

Si es alérgico, ¿Qué medidas toma en caso de alergia: tratamientos de urgencia...?

\_\_\_\_\_

En caso de encontrarse mal: dolor de cabeza, fiebre, etc. ¿Qué suele hacer? ¿Le da algún medicamento? ¿Cuál? ¿Qué dosis? Si desea que el alumno/a sea atendido en el Centro, es necesario rellenar la autorización, disponible en Conserjería o en la página Web (pestaña servicios).

\_\_\_\_\_

¿Qué otros datos de salud considera de interés (enfermedades, vacunas, etc.)?

\_\_\_\_\_

¿Estaría interesado en asistir a alguna charla-taller sobre hábitos saludables?

NO

SI  ¿Qué temas le interesan? \_\_\_\_\_

Otros datos de interés: \_\_\_\_\_

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

Firma padre/madre/tutor/a: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Es necesario pegar la foto en el lugar correspondiente.

Entregar esta ficha al tutor/a o personal de enfermería.



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE FORMA  
OCASIONAL**

Don / Doña \_\_\_\_\_

Con D.N.I nº \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la enfermera del colegio para administrar a mi  
hijo/a \_\_\_\_\_ del curso  
\_\_\_\_\_ el siguiente medicamento

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_