

# FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA

## DATOS PERSONALES DEL ALUMNO (A ser completado por padre/tutor)

Apellido(s)

Nombre

*Mujer*
 *Hombre*
 Fecha de nacimiento

Nacionalidad  DNI/NIE/Pasaporte

Médico de cabecera  Número Seguridad Social

### Seguro médico Particular:

Compañía  Póliza nº  Tel.

## TELÉFONO DE EMERGENCIAS

**1** Nombre

Teléfono Casa/Trabajo  Móvil

Parentesco con el estudiante

**2** Nombre

Teléfono Casa/Trabajo  Móvil

Parentesco con el estudiante

## DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Con el máximo de detalle posible, por favor, indique si el alumno ha padecido algunos de los problemas abajo detallados:

	SI	NO	Comentarios
Enfermedades infecciosas (Varicela, paperas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alergias estacionales o alergia al Polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otras alergias (Comida, insectos, medicamentos, latex...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anomalías de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas de oído o sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas oculares o de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	SI	NO	Comentarios
Lesión medular			
Problemas cardíacos			
Hospitalización / Cirugía			
Dificultades en el aprendizaje			
Limitaciones en la actividad física			
Meningitis			
Prematuro			
Problemas con la vejiga			
Problemas intestinales			
Convulsiones			
Dificultad al hablar			
Asma o problemas respiratorios			
Otros			

## HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene actualmente alguna preocupación con respecto a la salud de su hijo?

Si su hijo está enfermo en casa, ¿cual es el tratamiento que prefiere? (P.e. Paracetamol / Ibuprofeno etc.)

¿Tiene su hijo alguna dieta o medicación especial?

## UNA VEZ ADMITIDO SU HIJO EN EL COLEGIO, POR FAVOR ADJUNTE SU CARTILLA DE VACUNACIÓN PARA QUE LA ENFERMERA LA REVISE.

¿Está su hijo al día con el programa de vacunación?

¿En que país está siguiendo su hijo el programa de vacunación? (o no si fuera el caso)

### Fechas de vacunas DESDE su entrada en el colegio

Vacuna..... Fecha .....

Vacuna..... Fecha .....

Vacuna..... Fecha .....

## DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Yo, persona responsable del alumno antes mencionado, declaro que según mi leal entender la información de este documento es veraz. Autorizo a la enfermera del colegio a administrar tratamiento en caso de problemas menores de salud en el recinto escolar. Autorizo al colegio a administrar cualquier tratamiento médico de emergencia al alumno, a través de personal cualificado, con el consentimiento del colegio.

Nombre Completo.....

Fecha.....

**Firma de la persona responsable**