

FICHA DE SALUD ESCOLAR.

DATOS DE FILIACIÓN

<i>Primer Apellido</i>		<i>Segundo Apellido</i>		<i>Nombre</i>	
<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<input type="checkbox"/> M	Sexo <input type="checkbox"/> F
Nombre del Padre:			Nombre de la Madre:.....		
Dirección:			Dirección:		
Teléfono:			Teléfono:		
Correo Electrónico:.....			Correo Electrónico:.....		
Otra persona de contacto en caso de ausencia de los anteriores:.....					
Teléfono de contacto:.....					
Otros datos de interés:.....					
.....					

ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD: PESO: TALLA:
 CALENDARIO VACUNAL AL DIA: SI NO
 ENFERMEADES ANTERIORES/ANTECEDENTES MÉDICOS: SI NO
 INDIQUE CÚAL:.....

 SECUELAS: SI NO En caso de afirmación cuáles:

ENFERMEADES CRÓNICAS:	SI	NO	TRATAMIENTO MÉDICO (Adjuntar copia de informe médico)
DIABETES			
ENF. CELIACA			
ASMA			
OTRAS (CUAL):			

ALERGIAS	SI	NO	INDICAR AGENTE CAUSANTE (Adjuntar copia de informe médico)
ALIMENTARIAS			
MEDICAMENTOSAS			
RESPIRATORIAS			
CONTACTO			
INTOLERANCIAS			
OTRAS			

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

	SI	NO	INDICAR CUAL
OPERACIONES			
ACCIDENTES			

DEFICIENCIAS:

	SI	NO	INDICAR CUAL
AUDITIVAS			
VISUALES			
OTRAS			

SU HIJO, ¿toma medicación habitualmente?

SI	NO	CUAL	En caso de ser necesario tomarlo en el colegio indique dosis, pauta...y adjunte informe médico.

¿Qué medicación toma su hijo cuando lo precisa? Nombre de medicamento, dosis, pauta, ml...

¿Autoriza al equipo de monitores a que le administre dicha medicación cuando lo precise durante su estancia en el viaje?

SI	NO	ME HA DE CONSULTAR

SITUACIONES ESPECIALES

EN CASO DE EMERGENCIA:

Yo, (*nombre del padre, madre o tutor legal*), _____
 (padre, madre o tutor legal), del niño/a (*nombre del niño/a*) _____
 Autorizo, en caso de emergencia y en mi ausencia, a trasladar a mi hijo/a al centro sanitario concertado, si
 fuese necesario, utilizando medios propios del Centro, para que así mi hijo pueda recibir los cuidados
 requeridos según su estado de salud.

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma del padre y de la madre o representantes legales

Aviso: Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente responsabilidad de los padres y/o representantes del alumno, por lo que en caso de no consignarlos, no actualizarlos u omitirlos, el Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que estos datos han sido incorporados al Fichero Automatizado de Alumnos del Colegio para una eficaz gestión. Estos datos se destinarán, exclusivamente, para el correcto control sanitario del Alumno. Así mismo le informamos, que podrán ser cedidos a las autoridades sanitarias competentes, en caso de necesidad. Los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación podrán ejercerse mediante escrito dirigido al Centro Educativo.

Jefa Comercial Responsable de grupos.
Sandra García Álvarez 665.824.566
vijedeestudiosmonitorizados@gmail.com