



1. Datos personales

Apellido y Nombre:.....
 Dirección:.....Localidad:.....
 DNI:.....Código Postal.....
 Fecha de nacimiento:...../...../.....D.N.I:..... Grupo sanguíneo.....
 Cobertura Asistencial:.....Carnet nº:.....
 Personas a llamar en caso de urgencia.....Te:.....
Te:.....
Te:.....

2. Antecedentes personales (Tildar únicamente las opciones seleccionadas afirmativamente)

Enfermedades padecidas:

Sarampión ()	Difteria ()	Paperas ()
Varicela ()	Rubéola ()	Varicela ()
Tos Convulsa ()	Escarlatina ()	Hepatitis ()
Mononucleosis ()	Celiásis ()	Epilepsia ()
Otras.....		

Enfermedades que padece

Diabetes ()	Bronquitis ()	Asma ()
Enuresis ()	Resfríos ()	Cardiopatías ()
Desmayos ()	Hernias ()	Otitis reiteradas ()
Afecciones de la nariz ()	Afecciones en los ojos ()	Afecciones motoras ()
Otras:.....		

Temores de

Oscuridad () Encierro () Altura () Otras:.....

Vacunas o sueros recibidos:

BCG () Antitetánica () Antipolio () Antiofídica ()
 Meningitis ()

Alergias:

Picaduras () Medicamentos () ¿Cuál?..... Antibióticos ()
 Comidas () ¿Cuál?.....

Accidentes o intoxicaciones:.....
 ¿Está tomando alguna medicación permanente?.....
 ¿Sigue algún tratamiento?.....
 ¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Motivo.....

 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? Motivo.....

PARA COMPLETAR POR EL MEDICO DE CABECERA

Avalo los datos de salud volcados en la presente ficha.
 Considero que el alumno/a.....
 Está en condiciones para desarrollar actividades físicas acordes a su edad*.
 *De no estar apto, acompañar con certificado que señale el motivo y el tiempo aproximado de abstención.

FECHA:

.....
 Firma y sello del médico

PARA LAS FAMILIAS

En caso de que el niño necesitara ingerir remedios durante el horario escolar, dichos remedios serán dados por los señores padres. El personal docente no está autorizado a hacerlo.
 El instituto en caso de urgencia, antes de tomar cualquier resolución, se comunicará telefónicamente con la familia.
 Autorizo al Instituto Nuestra Señora de Lourdes a tomar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de mi hijo/a y a trasladarlo a Hospital público de ser necesario.

.....
 Firma del padre o madre o responsable Aclaración Tipo y número de documento