


 AÑO ESCOLAR

 CURSO
DATOS PERSONALES

Nombre	<input type="text"/>	Primer Apellido	<input type="text"/>	Segundo Apellido	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>			Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Grupo sanguíneo y RH	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>	Talla	<input type="text"/>
Nombre y Apellidos de la Madre	<input type="text"/>			Teléfono	<input type="text"/>
Nombre y Apellidos del Padre	<input type="text"/>			Teléfono	<input type="text"/>
Otros teléfonos de contacto	<input type="text"/>				

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ALUMNO

Asma	<input type="text"/>	Enf. hepática	<input type="text"/>
Diabetes mellitus	<input type="text"/>	Enf. hematológica	<input type="text"/>
Enf. cardíaca	<input type="text"/>	Enf. digestiva	<input type="text"/>
Enf. celíaca	<input type="text"/>	Escoliosis	<input type="text"/>
Enf. renal	<input type="text"/>	Migrañas	<input type="text"/>
Hiperactividad	<input type="text"/>	Déficit de atención	<input type="text"/>
Trastornos emocionales	<input type="text"/>		
Otros	<input type="text"/>		
Alergias alimenticias	<input type="text"/>		
Alergias medicamentosas	<input type="text"/>		
Alergias ambientales	<input type="text"/>		

MEDICACIÓN

Crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?	<input type="text"/>
De emergencia	<input type="text"/>			
Puntual	<input type="text"/>			
Puntual (por ejemplo: antihistamínicos, antiinflamatorios, analgésicos, etc...)				

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Madre

Padre

Hermanos

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno que no ha sido mencionado anteriormente, por favor indíquelo a continuación

AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D. | Doña

DNI

Autorizo a la enfermera del colegio para administrar a mi hijo/a los medicamentos según prescripción médica.

FIRMA

Pozuelo a de..... de 20.....

El colegio dispone de un servicio complementario de Asistencia Sanitaria gestionado con la compañía Red Vital Salud, que cuenta con una enfermera en el propio centro y un apoyo a la misma mediante un centro coordinador de consultas. Una vez que estén registrados se les enviará un enlace para que puedan rellenar los datos solicitados de vuestros hijos.

Los datos proporcionados están protegidos por la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999 del 13 de diciembre) y serán recogidos en un fichero automatizado del que es responsable el titular del centro. Solo podrán ser comunicados a entidades sanitarias o a la Administración Pública con competencia en la materia cuando sea necesario para proteger los intereses vitales del interesado.