

FICHA INDIVIDUAL DE DATOS MÉDICOS

En a de de

DATOS ALUMNADO

Nombre y Apellidos:

DNI:

Fecha de nacimiento:

NºSSSS / SS Médicas:

Dirección:

DATOS FAMILIA

Nombre y Apellidos:

Parentesco:

Teléfono:

Nombre y Apellidos:

Parentesco:

Teléfono:

Nombre y Apellidos:

Parentesco:

Teléfono:

CENTRO MÉDICO

Centro Hospitalario de Referencia:

Psiquiatra de Referencia:

Neurólogo de Referencia:

Otros Profesionales Médicos de Referencia:

DATOS MÉDICOS

Enfermedades Crónicas: (epilepsia, problemas cardiacos...)Incluir en su caso protocolo médico de Intervención.

Alergias o Intolerancias: (Incluir en su caso protocolo médico de Intervención.)

Vacunación ¿Sigues el calendario oficial recomendado?

☐ SI

☐ NO

Peso:

Altura:

MEDICACIÓN

Medicación Actual en casa: (Describir medicamento, pautas de administración, horas, cantidades...)

Medicación Actual en el centro: (Describir medicamento, pautas de administración, horas, cantidades...)

Medicación de Rescate: (Describir medicamento, pautas de administración, horas, cantidades...)

OBSERVACIONES

Esta autorización será válida para toda la etapa escolar, la familia tiene derecho a revocarla entregando una actualización de la misma, y haciéndola llegar a la dirección del centro cc.cepri.majadahonda@educa.madrid.org y a su tutor/a.

_____ con D.N.I. N° _____ como
_____ y _____ con D.N.I. N° _____
_____ como _____ de
_____ confirmamos la veracidad de los datos
arriba indicados y nos comprometemos a su actualización.