

FICHA DE SALUD

Esta ficha es absolutamente confidencial. Sólo será conocida por la Enfermera del colegio, su Tutor/a y los profesionales que trabajen directamente con su hijo/a, con el fin de lograr una mejor atención al alumno/a durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, **le solicitamos contestar responsablemente todos los ítems** (no dejen ningún apartado en blanco), para que la información del colegio respecto del estado de salud del alumno/a sea correcta y completa.

I- Datos personales del alumno/a.

Nombre del alumno/a: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre / Tutora _____

Nombre del Padre / Tutor _____

Correo electrónico de los padres/tutores: _____

*En caso de Urgencia llamar a:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

*En caso de estar en tratamiento médico, especifique el nombre del médico que lo ha prescrito:

Pediatra / Especialista _____ Teléfono _____

II- Antecedentes Médicos del alumno/a.

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que haya padecido o que padezca el alumno. **Conteste si o no según corresponda** (no deje ningún campo sin rellenar). Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

Si / No - Tipo

Asma _____

Diabetes Mellitus _____

Epilepsia _____

Enfermedad Cardíaca _____

Trastornos Emocionales _____

Alteraciones de la Columna _____

Otros _____

¿Su hijo/a usa?

Lentes de Contacto _____ Gafas _____

Audífonos _____ Plantillas _____

Otros (especifique) _____

III- Antecedentes Quirúrgicos (cirugías) del Alumno. Especifique el año en que se realizó.

A. Otros datos médicos: familia y alumno/a

Embarazo Normal: SI NO Con dificultades, ¿Cuáles? _____

• Cesárea, fórceps, etc. Indicar cuál: _____

• Gemelar, a término, prematuro, postmaduro. Indicar cuál: _____

Enfermedades de los padres o familiares directos que consideres interesante destacar:

Enfermedades padecidas por el alumno (anotar si ha habido hospitalizaciones y por cuánto tiempo):

¿Sigue algún tratamiento continuado? No /Sí ¿Cuál? _____

¿Padece alguna enfermedad o dificultad (plantillas, gafas, ortodoncias, etc.)? _____

IV- Medicamentos de uso habitual

Medicamento _____

Vía de administración _____ Dosis _____ Horario _____

Medicamento _____

Vía de administración _____ Dosis _____ Horario _____

Medicamento _____

Vía de administración _____ Dosis _____ Horario _____

V- Alergias

¿Es alérgico a algún tratamiento o alguna cosa? No /Sí . Marque una de las opciones

Si / No

¿A qué?

Medicamentos _____

Ambientales _____

Alimentos _____

Otros _____

VI- Información adicional

1. Si Usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno que no ha sido mencionado anteriormente, por favor, explíquelo a continuación:

2. Si su hijo/a requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, póngase en contacto con el Servicio de Enfermería para entregar el medicamento con la prescripción médica correspondiente y firmar la autorización de administración de dicho medicamento.

3. Para que el personal sanitario del Colegio administre medicación antitérmica o analgésica habitual (normalmente Paracetamol, Ibuprofeno, etc.), **mientras algún familiar viene a recoger al alumno/a**, así como cualquier otra que haya sido pautada por su propio médico, ya sea tratamiento crónico o puntual, y de cuya administración habrá sido informado por escrito el Servicio de enfermería del Centro.

AUTORIZA **NO AUTORIZA**

Observaciones en caso de no autorizar: _____

4. En caso de heridas comunes en el entorno escolar utilizamos diferentes tratamientos, como clorhexidina (Cristalmina), povidona yodada (Betadine), árnica (Arnidol), frío o calor local, vaselina. Deberá marcar si autoriza al Servicio de Enfermería a administrar alguno de estos tratamientos.

SI NO

Observaciones en caso de no autorizar: _____

Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación de este formulario.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad.

Fecha _____ de _____ de _____

Firma del padre/madre/tutor/a legal

Fdo.: _____
Nombre y apellidos completos a mano y firma

Firma del padre/madre/tutor/a legal

Fdo.: _____
Nombre y apellidos completos a mano y firma