



**FICHA DE SALUD - 2017**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:** .....**AÑO**.....

Cobertura médica: .....Nº de carnet:.....

Toma algún tipo de medicación?.....Cuál: .....

Colocar una (x) en caso positivo, si no dejar en blanco.

Es alérgica/o:.....padece alguna cardiopatía:.....arritmia al corazón: .....

disritmia cerebral: ..... asma: .....diabetes: .....

Si es alérgica/o, indicar si es posible, a qué medicamentos. (ejemplo: aspirinas, etc.)

.....

Otro dato de interés:

.....

Médico de Cabecera:.....T.E:.....

Nombre del padre, madre o familiar a llamar en caso de urgencia:

.....T.E: .....

Dirección: .....

Alternativas: Completar con datos de dos personas responsables.

1. Nombre:.....T.E: .....

Dirección: .....

2. Nombre: .....T.E: .....

Dirección: .....

En caso de urgencia mi hija/o debe de ser trasladada/o : .....

**(Completar con sanatorio, hospital de la zona)**

Me comprometo a comunicar al colegio toda variación que se produzca en los datos que he consignado

en la ficha médica de mi hijo/a .....

**Firma Padre:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma Madre:** .....

**Aclaración:** .....