



COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA UNIDAD

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: