

Datos del alumno/a:

Nombre	Apellidos	Clase
Fecha de nacimiento	Peso	Altura

Alergias:

	SÍ	No	Observaciones / Tratamientos
Medicamentos			
Alimentarias			
Respiratorias			
Tópica/Cutánea			
Picaduras insectos			
Otras			

Enfermedades actuales:

	SÍ	No	Observaciones / Tratamientos
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Cardiovasculares			
Digestivas			
Músculo-esqueléticas			
Cutáneas			
Otras			

¿Requiere algún tipo de dieta especial? _____

Problemas / trastornos:

	SÍ	No	Observaciones / Tratamientos
Visuales			
Auditivos			
Motrices			
Neurológicos			
Otros			

El alumno/a ha presentado alguna vez:

	SÍ	No	Observaciones / fecha
Reacciones alérgicas			
Convulsiones febriles			
Convulsiones por otros motivos			
Crisis asmáticas			

Ha padecido las siguientes infecciones:

	SÍ	No	Observaciones / fecha
Varicela			
Escarlatina			
Meningitis			
Paperas			
Hepatitis			
Otros			

¿Ha sido operado anteriormente? _____

Antecedentes familiares de interés: _____

Para justificar este cuestionario adjuntar los informes médicos pertinentes

La información médica de los alumnos se mantendrá confidencial en la mayoría de los casos independientemente de la edad de los mismos. Sin embargo, puede haber excepciones y los datos relevantes pueden ser comunicados al resto de los trabajadores del colegio, cuando se considere oportuno, por el interés médico del alumno/a y para que éste sea atendido a diario de la mejor manera posible.

Padre (o tutor) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado: _____

Madre (o tutora) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado: _____

En _____ a _____ de _____ de 20__