

CUESTIONARIO MÉDICO DEL ALUMNO

Los datos que se piden en el presente cuestionario permitirán a los equipos médicos y pedagógicos del colegio, conocer mejor a nuestros alumnos/as y los consideramos fundamentales para su salud y su correcto desarrollo educativo. Esta información, como el resto aportada en la solicitud de matrícula, tienen la consideración de confidenciales.

1. DATOS DEL ALUMNO / A

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TLF. MÓVIL DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIAS:

2. DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TUTOR/A:

NUMERO DE PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ALUMNO/A:

PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ALUMNO/A (padre, madre, hermanos, abuelos,...):

3. CUESTIONARIO SANITARIO DEL ALUMNO / A

ENFERMEDADES/INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/PROBLEMAS DE SALUD padecidos por el alumno/a

ALERGIAS, ya sean del tipo alimentario, a animales, medicamentos, látex u otras:

En caso de tener algún tipo de alergia alimentaria es imprescindible adjuntar fotocopia del certificado médico para que el alumno/a sea admitido en el Servicio de Comedor

Indique el calendario vacunal que ha recibido el alumno/a hasta la fecha (alumnos/as de Educación Infantil y Ed. Primaria).

¿Toma alguna medicación?

Padece alguna minusvalía? Indique el motivo y grado y adjunte fotocopia del certificado

Cualquier otra información que considere significativa

D/D^a.....con DNI..... en calidad de padre/madre o tutor (subráyese lo que proceda)

AUTORIZO al Servicio Médico del Colegio a administrar IBUPROFENO/PARACETAMOL si la situación del alumno/a lo requiriera

SI		NO	
----	--	----	--

En caso de que el alumno/a sufra una situación que requiera INTERVENCIÓN MÉDICA INMEDIATA POR SU GRAVEDAD, AUTORIZO al Servicio Médico del Colegio a actuar de acuerdo a su criterio empleando los recursos que ponga a su alcance.

SI		NO	
----	--	----	--

En caso de que un alumno/a sufra una situación que requiera TRANSPORTE EN UVI MÓVIL INMEDIATO POR SU GRAVEDAD, AUTORIZO al Colegio a designar a una persona que acompañará al alumno/a en dicha ambulancia, en el caso de que su situación no permita esperar a que sus padres/tutores acudan a tiempo

SI		NO	
----	--	----	--

Firmado:.....

La presente autorización será válida durante toda la permanencia del alumno/a en el Colegio, para modificarlas puede descargarse este documento de la web del Colegio www.colegiolosangeles.net o solicitándola en el propio Colegio.

Si usted no entrega el presente documento debidamente cumplimentado el servicio Médico del Colegio no podrá intervenir en ninguno de los casos que se indican.