

CEIP CIUDAD DE CÓRDOBA

Código de centro: 28011684



Dirección del Área Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
JUVENTUD Y DEPORTE



Comunidad de Madrid

FICHA DE SALUD

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: _____
Curso: _____ Clase: _____
Tutor/a: _____
Nombre de la madre: _____
Nombre del padre: _____
Teléfonos de contacto: _____
En caso de urgencia avisar a: _____ Teléfono: _____

Foto del
alumno/a

DATOS DE SALUD:

¿Tiene actualmente alguna enfermedad o ha padecido alguna enfermedad? ¿Cuál o cuales? ¿Cuándo?

¿Sigue actualmente algún tratamiento? ¿Cuál? ¿Por qué?

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o a otra cosa?

NO ☐

SI ☐ ¿A cuál? _____

Si es alérgico, ¿Qué medidas toma en caso de alergia: tratamientos de urgencia...?

En caso de encontrarse mal: dolor de cabeza, fiebre, etc. ¿Qué suele hacer? ¿Le da algún medicamento? ¿Cuál? ¿Qué dosis? Si desea que el alumno/a sea atendido en el Centro, es necesario rellenar la autorización, disponible en Conserjería o en la página Web (pestaña servicios).

¿Qué otros datos de salud considera de interés (enfermedades, vacunas, etc.)?

¿Estaría interesado en asistir a alguna charla-taller sobre hábitos saludables?

NO ☐

SI ☐ ¿Qué temas le interesan? _____

Otros datos de interés: _____

Fecha: _____

Firma padre/madre/tutor/a: _____

IMPORTANTE: Es necesario pegar la foto en el lugar correspondiente.

Entregar esta ficha al tutor/a o personal de enfermería.

CEIP CIUDAD DE CÓRDOBA

Código de centro: 28011684



Dirección del Área Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
JUVENTUD Y DEPORTE



Comunidad de Madrid

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE FORMA
OCASIONAL

Don / Doña _____

Con D.N.I nº _____ y teléfono _____

AUTORIZO a la enfermera del colegio para administrar a mi
hijo/a _____ del curso
_____ el siguiente medicamento

Observaciones: _____

Fecha: _____ Firma: _____