

FICHA DE SALUD ESCOLAR

Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Curso: ___-___ Etapa: _____

Tfnos. contacto: _____/_____/_____

Antecedentes.

Alergias: Sí No Intolerancias: Sí No

-Medicamentos: _____

-Alimentos: _____

-Otras: _____

Enfermedades: Sí No

Tratamiento médico: Sí No (Si su hijo/a toma medicación habitual o puntual indique cuál y cantidad)

Medicación	Dosis	Pauta

Intervenciones quirúrgicas: Sí No (Indicar tipo y fecha)

Dietas: Sí No

Cuidados de enfermería a tener en cuenta: Sí No (Indicar tipo y fecha)

Antecedentes familiares:

Observaciones: Adjuntar informe médico si procede