



## FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos del alumno/a: _____	
Edad: _____	
Curso/Especialidad: _____	
Dirección: _____	
Tlf.de la madre: _____	Tlf. del padre: _____
Otros teléfonos de contacto: _____	

### Antecedentes médicos importantes:

Si en alguno de los siguientes ítems la respuesta de los padres es afirmativa, se deberá solicitar más información para saber como actuar dentro del ámbito escolar.

- Alergias: \_\_\_\_
- Asma: \_\_\_\_
- Cefaleas: \_\_\_\_
- Convulsiones: \_\_\_\_
- Lesiones: \_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_ ¿Cuáles?

### Enfermedades actuales:

¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál? ¿Cómo se manifiesta? ¿Necesita cuidados especiales? ¿Cuáles? ¿Toma medicación? ¿Cuál? ¿Desde cuando y hasta cuándo?

### Cobertura sanitaria:

En caso de tener que trasladar al alumno/a a un centro asistencial, ¿qué cobertura médica tiene y dónde hay que trasladarlo? Indicar el número de la tarjeta SIP.

**Teléfonos de apoyo:** En caso de emergencia, ¿a quién se debe llamar si no se localiza a los familiares?

- |    |    |
|----|----|
| 1: | 3: |
| 2: | 4: |

### Autorización:

Por la presente, autorizo que mi hijo/a reciba asistencia médica o sea trasladado a un centro asistencial en caso de emergencia.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor/a legal