



FITXA MÈDICA / FICHA MÉDICA

Dades de l'aluma/e - Datos de la alumna/o			
Nom i cognoms Nombre y apellidos			Edat Edad
Curs i especialitat Curso y especialidad			
Adreça Dirección			Codi postal Código postal
Telèfons de la família - Teléfonos de la familia			
Indiqueu almenys dos telèfons de contacte Indicad al menos dos teléfonos de contacto			
Antecedents mèdics importants - Antecedentes médicos importantes			
<p>Si en algun dels següents ítems la resposta és afirmativa, s'haurà d'aportar més informació per a saber com actuar dins de l'àmbit escolar. Si en alguno de los siguientes ítems la respuesta es afirmativa, se deberá aportar más información para saber cómo actuar dentro del ámbito escolar.</p>			
Al·lèrgies Alergias	Asma Asma	Cefalees Cefaleas	Convulsions Convulsiones
			Lesions Lesiones
			Altres Otros
Altres (indicar) Otros (indicar)			
Enfermetats actuals - Enfermedades actuales			
<p>Pateix alguna malaltia?, quina?, com es manifesta?. Necessita cures especials?, quines?. Pren medicació?, quina?, des de quan i fins quan? ¿Padece alguna enfermedad?, ¿cuál?, ¿cómo se manifiesta?. ¿Necesita cuidados especiales?, ¿cuáles?. ¿Toma medicación?, ¿cuál?, ¿desde cuándo y hasta cuándo?.</p>			
Cobertura sanitària - Cobertura sanitaria			
<p>En cas d'haver de traslladar a l'alumna/e a un centre assistencial, quina cobertura mèdica té i on cal traslladar-la/lo? Indicar el número de la targeta SIP. En caso de tener que trasladar a la alumna/o en un centro asistencial, qué cobertura médica tiene y dónde hay que trasladarla/lo? Indicar el número de la tarjeta SIP</p>			

AUTORITZACIÓ – AUTORIZACIÓN

Per la present, autoritze a que el meu fill/a reba assistència mèdica o siga traslladat a un centre assistencial en cas d'emergència.

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

Fecha/Data: _____

Nom i firma: _____