

INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA SANITÀRIA DE L'ALUMNAT

Les dades d'aquesta fitxa tindran caràcter reservat. Els utilitzarà el tutor per a poder atendre't en cas de necessitat. La contestació a les següents qüestions és voluntària.

DADES PERSONALS:

Nom i cognoms:

Curs: Tutor / a:

Direcció:

Telèfon de contacte en situació de necessitat:

DADES D'INTERÈS MÈDIC:

PATIXES ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? **SI** **NO**

Quina?.....

PATIXES ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? **SI** **NO**

Quina? (Epilèpsia, asma, diabetis...)

SEGUIXES ALGUN TRACTAMENT? **SI** **NO**

Quin? (Convé indicar les pautes a seguir en un cas de crisi o medicació a prendre)

.....

TENS ALGUN DIAGNÒSTIC DE SALUT MENTAL? **SI** **NO**

Quin? (depressió, ansietat, TDH, TEA...)

SEGUIXES ALGUN TRACTAMENT FARMACOLÒGIC / PSICOLÒGIC? **SI** **NO**

Quin?

ALTRES DADES D'INTERÉS:

(Trastorns alimentaris, problemes de vista, oïda, dislèxia...)

CENTRE DE SALUT ON ESTÀS ADSCRIT / TELÈFON:

METGE QUE SEGUIX EL TRACTAMENT:

PROTOCOL A SEGUIR EN CAS DE PATIR UNA CRISI / BROT DE LA MALALTIA:

.....

NOM I TELÈFON DE LA PERSONA DE CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA:

.....

PER ALS ALUMNES MENORS D'EDAT

NOM DEL PARE / MARE:

TELÈFON DE CONTACTE:

Este full informatiu s'haurà de lliurar al professorat de l'equip educatiu i a Direcció d'Estudis

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SANITARIA DEL ALUMNADO

Los datos de esta ficha tendrán carácter reservado. Los utilizará el tutor para poder atenderte en casos de necesidad. La respuesta a las siguientes preguntas es voluntaria.

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:

Curso: Tutor / a:

Dirección:

Teléfono de contacto es situación de necesidad:

DATOS DE INTERÉS MÉDICO:

¿PADECES ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? **SI NO**

¿Cuál?

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? **SI NO**

¿Cuál? (Epilepsia, asma, diabetes...)

¿SIGUES ALGÚN TRATAMIENTO? **SI NO**

¿Cuál? (Conviene indicar las pautas a seguir en un caso de crisis o medicación a tomar)

.....

¿TIENES ALGÚN DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL? **SI NO**

¿Cuál? (depresión, ansiedad, TDH, TEA...)

¿SIGUES ALGÚN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO / PSICOLÓGICO? **SI NO**

¿Cuál?

OTROS DATOS DE INTERÉS:

(Trastornos alimentarios, problemas de vista, oído, dislexia...).....

CENTRO DE SALUD DONDE ESTÁS ADSCRITO / TELÉFONO:

MÉDICO QUE SIGUE EL TRATAMIENTO:

PROTOCOLO A SEGUIR EN CASO DE PADECER UNA CRISIS / BROTE DE LA ENFERMEDAD:.....

.....

NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA:

.....

PARA LOS ALUMNOS MENORES DE EDAD

NOMBRE DEL PADRE /MADRE/TUTOR LEGAL:

TELÉFONO DE CONTACTO:

Esta hoja informativa se entregará al profesorado del equipo educativo y a Jefatura de Estudios