



## FICHA DE SALUD INDIVIDUAL - VÁLIDA PARA EL CICLO LECTIVO.....

Ficha para ser completada y firmada por el padre y/o tutor:

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDO/S: .....

NOMBRE/S: .....

D.N.I. Nº: .....

GRADO: .....

NÚMEROS TELEFÓNICOS POR URGENCIAS: .....

GRUPO SANGUÍNEO: .....

FACTOR RH: .....

### OBSERVACIONES ESPECIALES:

1. Enfermedades y/o dolencias recientes (en los últimos 12 meses) Informar si continúa tratamiento.

.....

2. Padece enfermedades y/o dolencias crónicas (informar si continúa tratamiento médico)

.....

3. Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún medicamento/alimento:

.....

4. Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún agente natural (insectos, luz solar, tierra/polvillo, polen, etc)

.....

5. ¿Ha tenido convulsiones?

.....

6. ¿Ha tenido episodios de mareos u otros y/o dificultades respiratorias durante o después de realizar ejercicio físico/deportivo?

.....

7. Presenta lesiones y/o traumatismos óseos que impidan realizar actividad física/deportiva/esparcimiento.

.....

8. ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?

.....

9. ¿Realiza o realizo alguna vez un tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Recibió algún diagnóstico por parte del profesional? ¿Cuál? ¿Realizo tratamiento para ello?

.....

10. ¿Presenta diagnóstico u observaciones de tipo neurológicas o psicomotrices?

.....

En caso de existir alguna de las observaciones anteriores, informar quién es el profesional médico de cabecera: .....

**Los padres o tutores DECLARAN BAJO JURAMENTO:**

1. Que la información de salud arriba consignada es correcta y completa.
2. Que autoriza a su hijo/a a realizar actividad física en las asignaturas y proyectos que lo requieran, y a desplazarse en el edificio y predio escolar conforme a la estructura y exigencias edilicias y espaciales existentes.
3. Que autoriza en caso de necesidad a que su hijo/a sea atendido por el servicio de emergencia médica contratado por la institución, dejando constancia de contraindicaciones a determinados medicamentos.
4. En caso de presentarse enfermedades, trastornos, intervenciones, incapacidades o tratamientos posteriores a la presentación de esta D.D.J.J, comunicará inmediatamente a la institución dicha novedad, acompañando con certificados médicos o historias clínicas que correspondan.

Firma del Padre y/o tutor: .....

Aclaración: .....

Nº DNI: .....