ACTUALIZACIÓN DATOS DE SALUD



Curso escolar: 20___ / 20___
Fecha: ____ / ____ / 20____

Nombre del Alumno:
_____
Curso y grupo: _____
Teléfono de contacto urgente: _____
Código CIPA: (tarjeta sanitaria): _____

Por favor rellene con letra mayúscula y sea lo más preciso posible:

1. ¿Presenta alguna enfermedad crónica, ha tenido alguna intervención quirúrgica de relevancia en su vida o ingreso hospitalario reciente?

☐ **NO**
☐ **SI** → Especificar: _____

2. ¿Presenta alguna alteración tipo, TEA, TDH, TDA, TDAH, TEL, TGD……?
Indique cual: _____

3. Alergias / Intolerancias

☐ **NO** presenta alergias conocidas
☐ **SI** → marque y detalle:

- Alimentarias (especificar alimentos):
- Medicamentosas (especificar medicamentos):
- Otras: picaduras de insectos / látex / ambientales / animales / otras:

Tratamiento habitual en caso de reacción**:** _____

¿Dispone de medicación de rescate en el colegio? ☐ **SI** ☐ **NO**
(Si la respuesta es sí, se ruega adjuntar informe médico lo mas actualizado posible y firmar la autorización de medicación que se le proporcionará aparte).

4. Medicación Habitual. (Si necesita mas espacio indíquelo al dorso de la hoja)

☐ **NO** toma medicación de forma habitual.
☐ **SI** → indicar:

Medicamento	Dosis	Horario de toma	Motivo / diagnóstico

¿Debe administrarse en el colegio? ☐ **SI** ☐ **NO**
(Si la respuesta es sí, se ruega adjuntar informe médico lo mas actualizado posible y firmar la autorización de medicación que se le proporcionará aparte).

5. ¿Tiene su hijo/a alguna limitación, lesión o condición médica que le impida o dificulte realizar actividad física o participar en las clases de educación física?. (En caso afirmativo, indique cuál y si requiere alguna "adaptación")

6. ¿Necesita alguna adaptación en el menú escolar? vegetariano, vegano, sin cerdo, otra adaptación alimentaria, etc.... (Rellene aunque el alumno/a no sea usuario del comedor escolar)**.**

OBSERVACIONES RELEVANTES DEL ESTADO DE SALUD. (Rellene lo que considere necesario para el servicio de enfermería y el personal docente).

AUTORIZACIÓN Y FIRMA:

Declaro que la información facilitada es veraz y doy mi consentimiento para que el personal del centro disponga de estos datos con fines exclusivamente sanitarios y del cuidado integral del alumno.

Firma padre/madre/tutor
DNI:

_____

Firma padre/madre/tutor
DNI:

_____

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA TRASLADO SANITARIO

Hago constar que si mi hijo/hija _____ necesita asistencia médica urgente y no se puede contactar con su padre/madre o tutor/a ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO al CEIP Miguel de Cervantes a trasladar a mi hijo/hija al centro sanitario más cercano.

Y para que conste así firmo la presente en Collado Villalba a __ de ____ de 20___

Firma padre/madre/tutor
DNI:

_____

Firma padre/madre/tutor
DNI:

_____

NOTA: El documento debe estar firmado por ambos padres si no existen circunstancias que lo impidan.