

CUESTIONARIO MÉDICO DEL ALUMNO

Los datos que se piden en el presente cuestionario permitirán a la enferma del IES Elisa Soriano Fischer prestar una mejor atención sanitaria a nuestros alumnos/as y los consideramos fundamentales para su salud y para su correcto desarrollo educativo. Esta información, como el resto de la aportada en la solicitud de matrícula, es estrictamente confidencial.

1. DATOS DEL ALUMNO / A

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TLF. MÓVIL DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIAS:

2. DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TUTOR/A LEGAL:

NUMERO DE PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ALUMNO/A:

PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL ALUMNO/A (padre, madre, hermanos, abuelos, etc.):

3. CUESTIONARIO SANITARIO DEL ALUMNO/A:

ENFERMEDADES/INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/PROBLEMAS DE SALUD
padecidos por el alumno/a, en caso afirmativo adjuntar informes.

ALERGIAS, ya sean del tipo alimentario, a animales, medicamentos, látex u otras
sustancias.

¿Tiene algún tratamiento médico ACTUAL para algún tipo de patología?

Sí No

En caso afirmativo ¿Qué tipo de tratamiento es?

Nombre del medicamento y pauta.

-.....

-.....

-.....

-.....

¿Existe alguna condición o alteración médica que el Departamento de Enfermería deba conocer y que no haya sido nombrada anteriormente y que usted considera relevante?

¿Padece alguna minusvalía? Indique el motivo y grado.

4. REVISIONES MÉDICAS Y VACUNACIÓN

¿Tiene la vacunación obligatoria completa perteneciente a su edad?

Sí

No

¿Tiene realizadas las revisiones médicas y enfermeras recomendadas por edad?

Sí

No

Alguna consideración que quiera aportar referente a la vacunación y revisiones.

Cualquier otra información que considere significativa.

Autorizamos al IES Elisa Soriano Fischer a que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a la salud de nuestro hijo que ahora les facilitamos o que les facilitemos durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.

AUTORIZAMOS:

SÍ

NO

D/D^acon
DNI..... en calidad de padre/madre o tutor (subráyese lo que proceda)
AUTORIZO a la enfermera del Centro a dispensar IBUPROFENO/PARACETAMOL si la
situación del alumno/a lo requiriera:

Ibuprofeno		Paracetamol	
SI	NO	SI	NO

Firmado:

En Getafe, a día _____ de _____ de 202__