



DATOS DEL ALUMNO

| | | | |
|-----------------------------|--------------|-------------------|---------------|
| Nombre: | | Apellidos: | |
| Fecha de nacimiento: | Peso: | Altura: | Curso: |

ALERGIAS

| | Sí | No | Observaciones / Tratamientos |
|--------------------|----|----|------------------------------|
| Medicamentos | | | |
| Alimentarias | | | |
| Respiratorias | | | |
| Tópica/Cutánea | | | |
| Picaduras insectos | | | |
| Otras | | | |

ENFERMEDADES ACTUALES

| | Sí | No | Observaciones / Tratamientos |
|------------------------|----|----|------------------------------|
| Asma | | | |
| Diabetes | | | |
| Epilepsia | | | |
| Cardiovasculares | | | |
| Digestivas | | | |
| Músculo - esqueléticas | | | |
| Cutáneas | | | |
| Otras | | | |

¿REQUIERE ALGÚN TIPO DE DIETA ESPECIAL?

| |
|--|
| |
|--|

PROBLEMAS / TRASTORNOS

| | Sí | No | Observaciones / Tratamientos |
|--------------|----|----|------------------------------|
| Visuales | | | |
| Auditivos | | | |
| Motrices | | | |
| Neurológicos | | | |
| Otras | | | |



EL ALUMNO/ A HA PRESENTADO ALGUNA VEZ

| | Sí | No | Observaciones / Tratamientos |
|--------------------------------|----|----|------------------------------|
| Reacciones alérgicas | | | |
| Convulsiones febriles | | | |
| Convulsiones por otros motivos | | | |
| Crisis asmáticas | | | |

HA PADECIDO LAS SIGUIENTES INFECCIONES

| | Sí | No | Observaciones / Tratamientos |
|-------------|----|----|------------------------------|
| Varicela | | | |
| Escarlatina | | | |
| Meningitis | | | |
| Paperas | | | |
| Hepatitis | | | |
| Otras | | | |

¿Mantiene al día el calendario de vacunación? (Adjuntar fotocopia del mismo)

¿Ha sido operado anteriormente?

Antecedentes familiares de interés

PARA JUSTIFICAR ESTE CUESTIONARIO ADJUNTAR LOS INFORMES MEDICOS PERTINENTES

Conforme a las obligaciones laborales de la enfermera del colegio, la información médica de los alumnos se mantendrá confidencial en la mayoría de los casos independientemente de la edad de los mismos. Sin embargo, puede haber excepciones y los datos relevantes pueden ser comunicados al resto de los trabajadores del colegio, cuando la enfermera considere oportuno, por el interés médico del alumno y para que éste sea atendido a diario de la mejor manera posible.

PADRE (O TUTOR) DEL ALUMNO/A

Nombre:

Apellidos:

Firmado:

Fecha:

MADRE (O TUTOR) DEL ALUMNO/A

Nombre:

Apellidos:

Firmado:

Fecha:

By completing this form we have your consent to provide you with the requested information in relation to the School's educational services. In accordance with the Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and the Council on the protection of individuals with regards to the processing of personal data you have the right to access the information that concerns you (Article 15), amend if incorrect (Article 16), eliminate (Article 17), limit use of (Article 18), portability (Article 20).

Al cumplimentar este formulario nos habilita su consentimiento para informarle de la información solicitada además de toda la información accesoria a las actividades del centro. Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, ud, tendrá el derecho a acceder a la información que le concierne (Artículo 15), rectificarla de ser errónea (Artículo 16), suprimirla (Artículo 17), limitar su tratamiento (Artículo 18), portabilidad (Artículo 20).