

## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

(Importante rellenar el documento con letras mayúsculas)

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Curso/nivel: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto y teléfonos (al menos de dos personas), en caso de urgencia:

Padre/Madre/tutor/a: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/tutor/a: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Otros (familiares/amigos): \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

En caso de que se cumpla alguno de los siguientes casos **DEBERÁ APORTAR INFORME MÉDICO** actualizado:

DATOS DE SALUD	SI/NO/¿Cuál?
¿Tiene el niño alguna enfermedad importante?	
¿Está en algún tratamiento farmacológico?	
¿Presenta alergia a algún medicamento o pomada?	
¿Presenta alergia a algún alimento?	
¿Presenta intolerancia a algún alimento?	
¿Es portador de algún tipo de prótesis? (Válvula, auditiva, etc.)	
¿Existe algún otro problema médico que considere que debamos tener en cuenta?	

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**Para administrar cualquier medicación, es necesario aportar una pauta médica con firma y número de colegiado de un pediatra o médico correspondiente.**

AUTORIZO al personal del colegio a administrar la medicación correspondiente ante una situación que lo requiera. Y para ello, me comprometo a aportar el informe médico que especifique dicha pauta.

NO AUTORIZO al personal del colegio a administrar medicación al alumno.

Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

(Nombre del padre/madre/tutor/a)