

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)