

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Nombre del alumno/a _____ del curso _____

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

Padre/tutor: _____ Madre/tutora: _____ Otro: _____

DATOS DE SALUD	¿Tiene el niño alguna enfermedad importante o está en 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 debemos tener en cuenta?	

Madrid, a _____ de _____ de 20_____.

Firma: _____.

EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN PROBLEMA MÉDICO CRÓNICO (DIABETES, ALERGIA, ETC.), O SI CUALQUIER RESPUESTA A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO ES AFIRMATIVA, ES **IMPRESINDIBLE APORTAR COPIA DEL INFORME MÉDICO ACTUALIZADO, JUNTO CON LA MEDICACIÓN PRESCRITA, SI FUERA NECESARIA.**