

ANEXO III Ficha Médica

Alumno/a	
Apellidos:	Nombre:

Datos para contactar con los padres o tutores del/la alumno/a

Padre o tutor	
Nombre:	Apellidos:
Teléfonos de contacto:	
Madre o tutora	
Nombre:	Apellidos:
Teléfonos de contacto:	
Dirección:	
Localidad:	Código Postal:

Datos médicos

¿Padece alguna de estas enfermedades? <i>(Marcar lo que proceda y completar la información)</i>	
ASMA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OBSERVACIONES:
EPILEPSIA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OBSERVACIONES:
DIABETES SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OBSERVACIONES:
ALERGIA AL POLEN SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OBSERVACIONES:
ALERGIA A ALIMENTOS SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	ESPECIFICAR:
ALERGIA A MEDICAMENTOS SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	ESPECIFICAR:
OTRAS ALERGIAS SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	ESPECIFICAR:
EN CASO AFIRMATIVO, ES OBLIGATORIO ADJUNTAR EL INFORME MÉDICO CORRESPONDIENTE	
Otras observaciones:	

VACUNACIONES : ¿CARTILLA DE VACUNACIONES AL DÍA?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
---	---

OTROS TRASTORNOS O ENFERMEDADES:	
SONAMBULISMO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	ECOPRESIS (caca) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ENURESIS (Pis) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
OTROS. ESPECIFICAR:	
¿Padece alguna otra enfermedad	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿Cuál?
¿Tratamiento?	



**ANEXO III (cont.)
Ficha Médica**

AMPLIACION DE DATOS SOBRE LAS EMFERMEDADES:

OTROS DATOS Y OBSERVACIONES DE INTERES:

En _____, a _____ de _____ del _____

FDO.- _____
Firma del padre, madre o tutor/a