

## FICHA MÉDICA

La finalidad de esta ficha es tener una información veraz, completa y concreta de los aspectos de salud importantes del alumno/a. Por ello, solicitamos su colaboración a la hora de cubrir todos los campos de la forma más sincera posible, para un beneficio mutuo. Muchas gracias por su colaboración.

### DATOS GENERALES

| DATOS PERSONALES   |     |          |  |
|--------------------|-----|----------|--|
| Apellidos, Nombre: |     |          |  |
| Nacimiento         | / / | N.U.S.S. |  |

| ALERGIAS   |    |    |        |  |
|--|----|----|--------|--|
| ¿Tiene alergia a algún alimento o condimento?                | SI | NO | ¿Cuál? |  |
| ¿Tiene alergia a algún medicamento?                          | SI | NO | ¿Cuál? |  |
| ¿Tiene alergia a la picadura de algún insecto?               | SI | NO | ¿Cuál? |  |
| ¿Tiene algún otro tipo de alergia? (sol, polen, animales...) | SI | NO | ¿Cuál? |  |
| ¿Toma algún medicamento?                                     | SI | NO | ¿Cuál? |  |
| Tratamiento que sigue:                                       |    |    |        |  |
| Observaciones:   |    |    |        |  |

D./Dña (nombre del padre, madre o tutor/a) .....  
 con DNI ..... en calidad de (padre, madre o tutor/a) del alumno/a  
 ....., confirmo que los datos médicos  
 aportados se ajustan a la realidad.

D./Dña (Firma y fecha)