

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

Alumno/a: <input type="text"/> Fecha de nacimiento: <input type="text"/> Nombre del centro educativo: IES SUÁREZ DE FIGUEROA Curso escolar: 2017 /2018		Foto
NO RELLENAR Tutor/a:		
NO RELLENAR Referente Educativo de Salud:		
Padre/madre/tutor/a legal <input type="text"/>	Tfno. móvil: <input type="text"/> Tfno. trabajo: <input type="text"/>	
Padre/madre/tutor/a legal <input type="text"/>	Tfno. móvil: <input type="text"/> Tfno. trabajo: <input type="text"/>	
Enfermedad actual: <input type="text"/>		
Alergias conocidas: <input type="text"/>		
Tratamiento habitual: <input type="text"/>		
<b>Situación de riesgo leve</b> relacionada con su enfermedad o alergia		
Causa: <input type="text"/> Síntomas: <input type="text"/>	Actuación y tratamiento: <input type="text"/> En este caso avisar a: <input type="text"/>	
<b>Situación de riesgo grave</b> relacionada con su enfermedad o alergia		
Causa: <input type="text"/> Síntomas: <input type="text"/>	Actuación y tratamiento: <input type="text"/> Avisar a: <input type="text"/> Urgencias 112 Informar a los padres, madres o tutores legales lo antes posible	
<b>Recomendaciones en caso de salida del centro, realización de ejercicio físico u otras situaciones:</b> <input type="text"/>		
Observaciones: <input type="text"/>		

Por la presente autorizo al personal del centro educativo IES SUÁREZ DE FIGUEROA, de la localidad ZAFRA, a informar a todo el profesorado, y al resto de personal del centro si fuese necesario, sobre la enfermedad del alumno/a , y a consultar los datos recogidos en esta Ficha de Salud, así como a intercambiar información con los profesionales sanitarios para garantizar un control y tratamiento adecuado en el centro educativo.

Asimismo, autorizo a administrar el tratamiento recogido en esta Ficha de Salud y eximo al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a su administración.

Fecha y firma del padre, madre o tutor legal del alumno/a