

DATOS DE SALUD

Nombre y apellidos ALUMNO	Etapa:	Curso
<input type="checkbox"/> No presenta, hasta esta fecha, ningún tipo de alergia/intolerancia/otro problema de salud.		
ALERGIAS / INTOLERANCIAS: Imprescindible adjuntar INFORME MÉDICO ACTUALIZADO		
Alimenticias		
Medicamentos u otras		
Observaciones médicas significativas/ Alteraciones del comportamiento / Discapacidades Físicas, Psíquicas o Sensoriales /Otros datos relevantes:		
Que, como consecuencia de lo anterior necesita:		
Indicaciones si pudiera requerir intervención en situación crisis:		
AUTORIZO para que el Colegio, previa comunicación telefónica, administre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicación antitérmica o analgésica habitual (Apiretal, Dalsy, paracetamol, ibuprofeno...), ➤ Así como cualquier otra que haya sido pautada por su médico, ya sea tratamiento crónico o puntual y que será comunicada por escrito entregado en Enfermería o Secretaría, junto con el informe médico correspondiente, eximiendo al Centro y al personal de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación. 		
ME COMPROMETO <ul style="list-style-type: none"> ➤ En caso de que el alumno deba tomar alguna medicina en horario escolar, la llevará en una bolsa marcada con su nombre junto a la receta o informe médico, y un documento de autorización al Centro, en el que se especifique la hora de la toma y cantidad. ➤ A informar al Centro (Enfermería, Tutor) de cualquier modificación sobre los datos reflejados en este documento, entendiéndose que no será tenida en cuenta hasta que haya sido comunicada por escrito, estando el presente documento vigente hasta la recepción del nuevo escrito. 		

Y para que así conste, firmo este documento en Madrid a _____ de _____ de 20_____

Firma Padre / Madre/Tutor/a: _____