Junta de Castilla y León
Consejería de Educación

IESO TOMÁS BRETÓN

FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

DATOS PERSONALES DEL PADRE, MADRE O TUTOR DEL ALUMNO/ALUMNA.

Apellidos y nombre del padre / tutor	NIF

Apellidos y nombre del madre / tutora	NIF

Como **padre/ madre o tutor/a** del alumno/alumna, en relación con posibles enfermedades o afecciones médicas o de otro tipo, **INFORMA** de lo que se indica más abajo.

En Villamayor de la Armuña, a de de

Firma del padre/tutor *Firma de la madre/tutora*

☐ Autoriza el acceso al informe clínico de los profesionales, educativos y sanitarios, responsables de la asistencia al alumno con problemas de salud.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. OBSERVACIONES SOBRE LA SALUD Y ALIMENTACIÓN DEL ALUMNO/A			
NOMBRE DEL ALUMNO/A:			
FECHA NACIMIENTO (DD-MM-AA):		LUGAR:	
¿CARTILLA SEGURIDAD SOCIAL?		¿OTRA SOCIEDAD MÉDICA?	
PADECE ALTERACIONES PSICOMOTORAS O SENSORIALES:			
¿PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? *(Marcar con X si procede)*			
ALERGIA A ALIMENTOS		ESPECIFICAR:	
ALERGIA A MEDICAMENTOS		ESPECIFICAR:	
ALERGIA AL POLEN		TRATAMIENTO:	
OTRAS ALERGIAS		ESPECIFICAR:	
ASMA		TRATAMIENTO:	
DIABETES		TRATAMIENTO:	
EPILEPSIA		TRATAMIENTO:	
OTRA ENFERMEDAD O TRASTORNO		ESPECIFICAR:	
AMPLIACIONES Y OBSERVACIONES DE CARÁCTER MÉDICO			
OBSERVACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL ALUMNO/–A			

Para ampliación de la información y otras observaciones utilice el dorso de esta hoja

IMPORTANTE: En caso de padecer alguna enfermedad, se deberá adjuntar Informe médico que especifique el diagnóstico y el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.