



FICHA MÉDICA

Es importante rellenar este formulario prestándole la máxima atención. Explica todo cuanto puedas. Asimismo, te informamos que su carácter es estrictamente confidencial. Rellena con letra clara y mayúsculas. Gracias por tu colaboración.

PARTICIPANTE

Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento	Nº seguridad social

DATOS DE CONTACTO

Nombre del padre/madre/tutor legal	
Teléfono de contacto	Otro
Correo electrónico	

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A

▪ **Trastornos frecuentes:**

- Resfriados
 Anginas
 Faringitis
 Digestiones pesadas/lentas
 Estreñimiento
 Hemorragia nasal
 Eneuresis nocturna
 Sonambulismo
 Ninguno

Otros:

▪ **Enfermedades crónicas:** (adjunta informe si es necesario)

- Diabetes
 Migraña
 Asma
 Epilepsia
 Hipertensión
 Ninguna

Otras

▪ **Alergias:** SI NO

Especificar (adjunta informe)

▪ **Alérgico/a a medicamentos:** SI NO

Especificar (adjunta informe)

▪ **Tratamiento durante la estancia:** SI NO

Medicamento	Dosis/posología. Horario de administración (Adjunta informe)
-------------	--



DATOS NUTRICIONALES DEL ALUMNO/A

- **Celiaco:** SI NO

Alimentos que no puede tomar (adjunta informe)

- **Alérgico a alimentos:** SI NO

Especificar cuáles (adjunta informe)

- **Otras intolerancias:**

Especificar cuáles (adjunta informe)

OTROS ASPECTOS

- **Se mareo en el autocar:** SI NO

- **Puede realizar cualquier actividad con normalidad:** SI NO

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si es necesario)

- **Indica todo aquello que consideres que debemos conocer: aspectos de relación, de conducta, afectivos, etc...**

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si es necesario)

- ✓ **No olvidar llevar la siguiente documentación:**

- Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social o de seguro privado.
- Las medicinas que se precisen en caso de necesidad.
- Informe médico si es necesario.

- ✓ **AUTORIZO** al equipo docente del CRIE Bilingüe la administración de analgésicos para niños (paracetamol o ibuprofeno) en casos de fiebre, dolor de cabeza u otras dolencias leves: SI NO

Con mi firma declaro la veracidad de los datos aportados en la presente ficha médica, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para el resto de los participantes. Así mismo, eximo al equipo docente de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte de los datos que aparecen en esta ficha.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica en _____
a ____ de _____ de _____.

EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo.: _____ DNI: _____