

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: /	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"/>	
Situación de riesgo leve 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"/>
Situación de riesgo grave 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
Recomendaciones en caso de salida del centro, realización de ejercicio físico u otras situaciones: <input type="text"/>	
Observaciones: <input type="text"/>	

Por la presente autorizo al personal del centro educativo IES SUÁREZ DE FIGUEROA, de la localidad de 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