



INFORMACIÓN MÉDICA

A DEVOLVER DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA (EN MAYÚSCULAS) EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO

Apellidos..... Nombre.....

Dirección.....

Localidad..... Fecha Nacimiento.....

Número de la Seguridad Social:.....

NUSS (Nº de la S.S. personal del alumno – obligatorio a partir de 3º ESO-).....

A las siguientes cuestiones debe seleccionar la respuesta más adecuada a la situación real del alumno:

1.- ¿Su hijo/a tiene algún problema de tipo cardiovascular? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

.....

2.- ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

.....

3.- ¿Padece asma o alguna dificultad respiratoria? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

.....

4.- ¿Padece alguna dolencia o deformación en los huesos o articulaciones? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

.....

5.- ¿Padece alguna deformación en la columna vertebral?..... SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....

.....

6.- ¿Padece algún tipo de deformación en los pies? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....

.....

7.- Si ha tenido alguna enfermedad o traumatismo o reumatismo, indíquela aquí.....

.....

.....

8.- ¿Padece algún tipo de problema relacionado con el sueño?..... SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....

.....

9.- Otras consideraciones que crea oportuno exponer (Déficit de atención, TDAH, otros, tratamientos...)

.....

.....

.....

.....

10.- Compañía sanitaria privada a la que pertenece (si procede).....

Adjuntar copias de informes médicos que se consideren oportunos.

Fdo.: Padre/ madre/ tutor/ a