



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