

FICHA MÉDICA ALUMNO/A

CURSO 20 /20

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

CURSO Y CICLO EN EL QUE SE MATRICULA:

TELÉFONO:

Por tu bien y por la tranquilidad de todos es preciso que rellenes todos los datos y firmes tu ficha médica

¿Padeces con alguna frecuencia...?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lipotimias | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sangrados de nariz | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Ataques de nervios |
| <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | |

ENFERMEDADES ACTUALES O CRÓNICAS
MEDICACIÓN HABITUAL:
ALERGIAS CONOCIDAS:
ALERGIAS A MEDICAMENTOS:
ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS:
¿QUÉ ANALGÉSICOS TOMAS?
OBSERVACIONES:

En Soria a de de 20

Firma del padre, madre o tutor legal

Firma del alumno