



*Esta ficha es confidencial y se utilizará con la máxima cautela.*

**Datos del niño/a:**

Fotografía	Nombre y Apellidos:	
	Fecha de nacimiento - edad:	Sexo:
	Centro Escolar:	Curso:
	Tutor:	

**Datos de los padres:**

Don:	Teléfonos:
Doña:	Teléfonos:
Dirección:	
Localidad:	Código Postal:

**Medicación y atención que precisa:**

--

**Médico/a responsable de la atención, Centro Médico de Urgencias y teléfonos:**

--

**Forma de actuar ante situación de crisis:**

--



ANEXO II

INFORME MÉDICO ESCOLARIZACIÓN

Datos del alumno/a:

Nombre y Apellidos: CIPA:	
Fecha de nacimiento: Edad:	Sexo:

Datos del médico/pediatra:

Dr./Dra.	Colegiado N°:
CIAS:	Hospital/Centro de Salud:

Antecedentes personales:

- A. Calendario vacunal al día: No hay datos de vacunación [ ]
- B. Alergias conocidas:  
Alimentarias [ ]  
Medicamentosas [ ]  
Intolerancias [ ]  
Otras [ ]
- C. Enfermedad actual: Enfermedad rara [ ]
- D. Tratamiento habitual:
- E. Situación de riesgo LEVE relacionada con su enfermedad:
- F. Situación de riesgo GRAVE relacionada con su enfermedad:
- G. En caso de Urgencia administrar:
- H. Atenciones o cuidados sanitarios durante el horario escolar (indicar periodicidad continua, diaria o semanal)
- I. Observaciones:

D/Dña.:  
N° Colegiado: