****

**Sección: ………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO SANGUÍNEO/RH** |  | **EDAD** |  |
| **FECHA NACIMIENTO** |  |
| **Nº SEGURIDAD SOCIAL** |  | **OTROS SEGUROS** |  |
| **TELÉFONOS DE CONTACTO** | **1)** | **2)** | **3)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA** | | | | | |
| **Sarampión** | SI | NO | **Rubéola** | SI | NO |
| **Varicela** | SI | NO | **Paperas** | SI | NO |
| **Otros** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALERGIAS** | | | |
| **¿A qué?**  *(Medicamentos, alimentos, animales,plantas, etc)* | **-**  **-** | **Síntomas** | **-**  **-** |
| **Tratamiento**  *(Nombre del medicamento y posología)* | **-**  **-** | **Observaciones** | **-**  **-** |

|  |
| --- |
| **ENFERMEDADES DE INTERÉS** *(asma, diabetes, etc.)* |
| **¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?** |
| **Descripción de los síntomas** |
| **Tratamiento** *(nombre del medicamento y posología)* |
| **NECESIDADES EDUCATIVAS O DISCAPACIDAD** |
|  |
| **ASPECTOS A RESEÑAR SOBRE SU PERSONALIDAD** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRATAMIENTOS MÉDICOS** | | |
| *¿Tiene que seguir algún tratamiento médico? ¿Cuál? (Describir detalladamente)* | | |
| **MEDICACIÓN** | | |
| ¿Se medica regularmente? | SI | NO |
| ¿Los medicamentos necesitan estar en el frigorífico? | SI | NO |
| **TRATAMIENTO** *(nombre del medicamento y posología)* | | |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS** *(Tipo y fecha)* |
|  |

|  |
| --- |
| **EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES…** *(Nombre y fecha aproximada)* |
|  |

|  |
| --- |
| **OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES** |
| *Como por ejemplo: Problemas de visión, auditivos, dieta especial, fobias, problemas ginecológicos, problemas del aparato locomotor, etc..* |
| **Descripción de los síntomas** |
| **Tratamiento (nombre del medicamento y posología)** |

No oculto información médica relevante de mi hijo/a al GS Estrella Polar 191

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ entrego los siguientes documentos:

**Fotocopia Tarjeta Sanitaria o similar**

**Copia Cartilla Vacunación**

**Otros informes o documentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor/a