

REGISTRO DE DATOS ENFERMERÍA

NOMBRE Y APELLIDOS:

CURSO:

LETRA:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR NACIMIENTO:

NOMBRE TUTOR 1:

TELÉFONO:

NOMBRE TUTOR 2:

TELÉFONO:

OTROS TELÉFONOS:

EL ALUMNO/A ES ALÉRGICO/A A: (En caso de alergia es obligatorio aportar informe médico)				
☐ ALIMENTOS	☐ MEDICAMENTOS	☐ PÓLENES		
OTROS ESPECIFICAR LAS ALERGIAS:				
EL ALUMNO/A ES INTOLERANTE A: (En caso de intolerancia es obligatorio aportar informe médico)				
ESPECIFICAR LAS INTOLERANCIAS:				
¿EL ALUMNO/A SE QUEDA EN EL COMEDOR? SI NO				
ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAYA PASADO O PADEZCA EN LA ACTUALIDAD				
DIABETES	CONVULSIONES	AUDITIVAS/VISUALES	ASMA	OTROS
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? SI NO				
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?				
¿HA SIDO SOMETIDO/A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SI NO				
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?				
FIRMA TUTOR LEGAL 1		FIRMA TUTOR LEGAL 2		