

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