

FICHA MÉDICA

La finalidad de esta ficha es tener una información veraz, completa y concreta de los aspectos de salud importantes del alumno/a. Por ello, solicitamos su colaboración a la hora de cubrir todos los campos de la forma más sincera posible, para un beneficio mutuo. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES

DATOS PERSONALES			
Apellidos, Nombre:			
Fecha de nacimiento:	/ /	N.U.S.S. (número de usuario de la seguridad social)	
TELÉFONO AL QUE LLAMAR EN CASO DE URGENCIA MÉDICA			

ALERGIAS				
¿Tiene alergia a algún alimento o condimento?	SI	NO	¿Cuál?	
¿Tiene alergia a algún medicamento?	SI	NO	¿Cuál?	
¿Tiene alergia a la picadura de algún insecto?	SI	NO	¿Cuál?	
¿Tiene algún otro tipo de alergia? (sol, polen, animales...)	SI	NO	¿Cuál?	
¿Sufre de alguna dolencia crónica?	SI	NO	¿Cuál?	
¿Toma algún medicamento?	SI	NO	¿Cuál?	
Tratamiento que sigue:				
Observaciones:				

D./Dña (nombre del padre, madre o tutor/a) con DNI en calidad de (padre, madre o tutor/a) del alumno/a, confirmo que los datos médicos aportados se ajustan a la realidad.

(Firma y fecha)

De acuerdo con lo establecido en la normativa de protección de datos (RGPD 679/2016 y LOPD GDD 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; el CPR PLURILÍNGÜE SAN MIGUEL 2, como responsable del tratamiento les informa que sus datos personales serán incorporados en un fichero, con la finalidad única de la relación colegio-alumno-familia.