HISTORIA MÉDICA

Les rogamos que cumplimenten los datos de su hijo/a para así poder realizar los controles sanitarios con el conocimiento de su estado de salud. Han de adjuntar fotocopia de cartilla de vacunación.

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: Curso al que se incorpora:

DATOS FAMILIARES:

- Nombre y Apellidos del padre:

  Fecha nacimiento: Tfno. Fijo/móvil:

- Nombre y apellidos de la madre:

  Fecha nacimiento: Tfno. Fijo/Móvil:

- Nº hermanos/as: Fechas de nacimiento:

E-mail de contacto:

COMUNICACIÓN DE INTOLERANCIAS Y/O ALERGIAS

- Presenta actualmente **intolerancias y/o alergias alimentarias:** NO SÍ

En caso afirmativo, especifique claramente si es alergia o intolerancia y a qué o cuales alimentos:

- Presenta actualmente las siguientes **intolerancias y/o alergias a fármacos**: NO SÍ

  Antibióticos: cual / cuales

  Analgésicos/antiinflamatorios cual/cuales

  Otros: especifique:

- Presenta actualmente intolerancias y/o alergias a otros alérgenos: NO SÍ

  Látex: Ácaros: Gramíneas: Pelos animales: Picaduras insecto:

  Otros:

ES IMPRESCINDIBLE **ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO INFORME** MÉDICO QUE ACREDITE LAS INTOLERANCIAS O ALERGIAS.

IMPORTANTÍSIMO QUE NOS COMUNIQUEN CUALQUIER INFORMACIÓN O MODIFICACIÓN RESPECTO A LAS ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS PARA PODER MODIFICAR SU HISTORIA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: Madre:

Hermanos:

Enfermedades que se hayan repetido en alguna de las familias:

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

- Embarazo: desarrollo y duración del mismo en semanas:
- Parto: normal/cesárea/otra y motivo de la misma:

Peso: Talla: Perímetro Cefálico: APGAR:

Puerperio: Lactancia natural/artificial duración:

Neonatología: Desarrollo psicomotor

- Intervenciones quirúrgicas (indique fecha y de qué):
- Enfermedades padecidas:
- Nutrición/alimentación:
- Dermatología:
- Enfermedades infecciosas:
- Otorrino (garganta, nariz, oídos)
- Aparato Cardiovascular:
- Aparato Respiratorio:
- Aparato digestivo:
- Aparato Génito-urinario:
- Sistema nervioso (crisis convulsivas, apneas del llanto, etc.):
- Aparato locomotor:
- Visión/audición:

¿EN LA ACTUALIDAD PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SÍ NO

En caso afirmativo indique cuál o cuáles:

En , a de de 202 .

Firma padre/madre/tutor1	Firma padre/madre/tutor2

Imprescindible ambas firmas para alumnos menores de edad

Información básica sobre Protección de Datos: Responsable: **NOMBRE COLEGIO** Finalidad: vigilancia de la salud escolar, prevención, actuación primaria, seguimiento y atención situaciones de urgencia **EN EL CENTRO X**. Legitimación: Ejecución del contrato de prestación de servicios descritos y consentimiento de los interesados. Destinatarios: Los datos serán cedidos a IMENA, S.L.P., entidad que presta en **NOMBRE DEL COLEGIO** los servicios sanitarios y, por tanto, se encarga del tratamiento de los datos, así como las cesiones que legalmente correspondan. Derechos: Puede acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como ejercer otros derechos como se informa en nuestra política de privacidad. Información adicional: Para más información, consulte la política de privacidad en nuestra web: **WEB DE PROTECCIÓN DE DATOS DEL COLEGIO.**