

# FICHA MÉDICA

## DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre.....Apellidos.....

Fecha de Nacimiento..... Edad.....

En caso de emergencia llamar al nº de teléfono:.....

## DATOS MÉDICOS

	Sí	No	Tipo
Alérgico antibióticos			
Alérgico a otras medicinas			
Alergias			
Afecciones /enfermedades frecuentes			
Sigue tratamiento médico			
Sigue régimen de comidas			
Vacunación antitetánica			

Otras vacunaciones. Señale tipo y fecha (puede adjuntar copia de cartilla de vacunaciones)

.....  
.....  
.....

Enfermedades pasadas (si las hubiera). Señale tipo y fecha

.....  
.....  
.....  
.....

Grupo sanguíneo..... Factor RH.....

OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEE MENCIONAR (utilice el reverso si necesita más espacio)

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

**Obligatorio: Cartilla o tarjeta de la Seguridad Social (original o fotocopia)**

**Si se entrega fotocopia, es importante que se vean bien las letras y números.**