



# FICHA DE SALUD

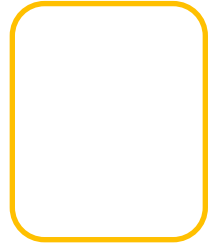
## Colegio Licenciados Reunidos

ALUMNO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

CENTRO EDUCATIVO:.....

CURSO ESCOLAR:.....



TUTOR/A:.....

REFERENTE EDUCATIVO EN SALUD:.....

ENFERMERO REFERENTE:.....Nº COLEGIADO:.....

TLFNO. MÓVIL/TRABAJO:..... /.....

PADRES/MADRE/TUTOR/A LEGAL:.....TLFNO:...../.....

PADRES/MADRE/TUTOR/A LEGAL:..... TLFNO:...../.....

ENFERMEDAD ACTUAL:.....

ALERGIAS CONOCIDAS:.....GRUPO SANGUÍNEO:

TRATAMIENTO HABITUAL:.....

PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CASO DE URGENCIA:  (En caso afirmativo, adjuntad documentación)

**SITUACIÓN DE RIESGO LEVE** relacionada con su enfermedad o alergia:

CAUSAS:

SÍNTOMAS:

ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO:

AVISAR A :

**SITUACIÓN DE RIESGO GRAVE** relacionada con su enfermedad o alergia:

CAUSA:

SÍNTOMAS:

ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO:

AVISAR A : 112 y padres, madres o tutores legales.

RECOMENDACIONES EN CASO DE SALIDA DEL CENTRO, EJERCICIO FÍSICO O CUALQUIER OTRA SITUACIÓN:

OBSERVACIONES:

### AUTORIZACIÓN:

Por la presente, autorizo al personal del centro educativo.....de la localidad de ..... a informar a todo el profesorado y al resto del personal del centro si fuese necesario, sobre la enfermedad del alumno.....y a consultar los datos recogidos en esta Ficha de Salud así como a intercambiar información con los profesionales sanitarios para garantizar un control y tratamiento adecuado en el centro educativo.

Así mismo, autorizo a administrar el tratamiento recogido en esta Ficha de Salud y eximo al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a su administración.

Fecha y firma del padre/madre o tutor legal del alumno.

