

# FICHA MÉDICA

**APELLIDOS**.....

**NOMBRE**..... **EDAD**.....

-SEGURO DE ENFERMEDAD AL QUE PERTENECE:

SEGURIDAD SOCIAL  OTROS .....

-TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:

Algún medicamento  Algún alimento   
Polvo  Polen   
Flores, plantas  Pelos de animales   
Picaduras de insectos

Otros (especificar) .....

-ES PROPENSO A:

Anginas  Mareos   
Crisis epilépticas  Sonambulismo   
Insomnio  Fiebre   
Dolores de cabeza

Otros (especificar) .....

-VACUNAS:

Tétanos  Difteria   
Tosferina  Poliomeilitis

¿Se encuentra actualmente bajo medicación?.....

¿Por qué motivo?.....

¿Qué medicamento?.....

¿Cuántas tomas al día?.....

¿Lleva algún régimen especial de comidas?.....

¿Cuál?.....

.....

¿Tiene alguna dificultad física? (de vista, dislexia, enuresis...).....

¿Cuál?.....

¿Sabe nadar? SI  NO

**Indique cualquier otro dato que estime sea de interés para un mejor conocimiento del niño/a:**.....

.....

.....

.....

FIRMA:

.....  
(Padre, madre o tutor)

**ACOMPÑE ESTA FICHA CON UNA FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.**

(ESTA INFORMACIÓN QUEDARÁ ARCHIVADA CONFIDENCIALMENTE)