

## CUESTIONARIO DE SALUD

La siguiente información se requiere para el beneficio de sus hijos/as y será tratada de forma confidencial, de acuerdo a la ley de protección de datos vigente.

1. NOMBRE DEL ALUMNO:
2. FECHA DE NACIMIENTO:
3. CURSO Y SECCIÓN:
4. ¿TIENE SU HIJO/A ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O PROBLEMA DE SALUD QUE DEBAMOS CONOCER?

**SI**  
 **NO**

**\*EN CASO AFIRMATIVO INDÍQUELO. DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORMES MÉDICOS Y COMPLETAR LA "FICHA DE ALUMNO CON CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE SALUD":**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. ¿HA SIDO SU HIJO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

**SI**  
 **NO**

En caso afirmativo indique causa y fecha.

\_\_\_\_\_

6. ¿TIENE AL DÍA EL CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID?

**SI**  
 **NO**

7. ¿PADECE ALGUNA ALERGIA?

**SI**  
 **NO**

**\*EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE EL TIPO DE ALERGIA. DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORMES MÉDICOS Y COMPLETAR LA "FICHA DEL ALUMNO ALÉRGICO":**

➤ ALIMENTARIA:

\_\_\_\_\_

➤ MEDIOAMBIENTAL:

\_\_\_\_\_

➤ FARMACOLÓGICA:

\_\_\_\_\_

Redacte la medicación que se debe administrar en el caso de que se ponga en contacto con el alérgeno y le produzca una reacción alérgica. **ADJUNTE FOTOCOPIA DE**

**INFORMES MÉDICOS QUE CONTEMPLAN: NOMBRE DE LA MEDICACIÓN, DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:**

---

---

8. ¿TOMA SU HIJO /A ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

- SI  
 NO

En caso afirmativo indique nombre del mismo y dosis. Indique si hay que administrarlo durante el horario escolar. **ADJUNTE FOTOCOPIA DE INFORME MÉDICO:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Toda la medicación individual que se administre en el horario escolar o la que se precise en caso de urgencia, deberá traerla el alumno. Estará guardada bajo llave y sólo se administrará a dicho alumno.**

9. EN CASO DE PRECISAR ALGÚN TIPO DE CURA, AUTORIZO EL USO DE:

- APLICACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA-CREMAS, MATERIALES DE CURAS
- SI  
 NO

10. EN CASO DE FIEBRE O DOLOR AUTORIZO A ADMINISTRAR LA DOSIS CORRESPONDIENTE.

- **PARACETAMOL:**
- SI  
 NO
- **IBUPROFENO:**
- SI  
 NO

**\*Antes de la administración, se contactará telefónicamente con los padres o tutores, para verificar que no se le haya administrado otra dosis previamente. Si no es posible la comunicación telefónica, no se administrará.**

11. SOLO EN EL CASO DE QUE SU HIJO/A PRESENTE UN RIESGO VITAL INMINENTE Y NECESITE ATENCIÓN HOSPITALARIA EMERGENTE AUTORIZA A SU TRASLADO AL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD, ACOMPAÑADO POR EL PERSONAL DEL CENTRO.

- SI  
 NO

**(Firma del padre/madre o tutor)**

**Nombre , Apellidos y DNI.**