

# FICHA SANITARIA GENERAL

APELLIDOS

NOMBRE:

EDAD:

CURSO:

TELÉFONOS

UTILIZA SERVICIO DE

SI

NO

1.-¿Padece su hijo/a alguna alergia medicamentosa?

2.-¿Padece su hijo/a alguna alergia a algún objeto, animal...?

3.-¿Padece su hijo/a alguna intolerancia a algún alimento?

4.-¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad crónica?

¿Cuál?

5.-¿Ha padecido su hijo/a alguna enfermedad grave (hepatitis, meningitis...)?

6.-¿Sigue su hijo/a el programa de vacunación de la C. A. M. y sus revisiones periódicas?

7.-Si considera importante otros datos de interés, expóngalos:

8.-Tratamiento en el Centro

**AUTORIZO**, a la enfermera del CEIP Antonio Machado de Leganés, a administrar la medicación aportada por los padres con prescripción médica; en caso de necesidad.

Firma del Padre/Madre, Tutor/a:

En Leganés, a ..... de ..... de 20....