

FICHA DE SALUD.

***Obligatorio cumplimentar y firmar por los dos progenitores**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A:
CURSO EN EL QUE ESTUDIA:
FECHA DE NACIMIENTO
TELÉFONO EN CASO DE URGENCIA**

		Indicar en caso de afirmación	
Alergias conocidas	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	SI
Intolerancias alimentarias	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	SI
¿Reacción anafiláctica?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	SI

En caso de alergias/intolerancias, especificar y adjuntar copia del informe médico actualizado.

*Será necesario rellenar el **documento de autorización para la dispensa de medicamentos en caso de urgencia vital**, y al inicio del curso traer al colegio la medicación necesaria para actuar ante posibles reacciones.

ENFERMEDADES IMPORTANTES EN LA ACTUALIDAD

- Ninguna Diabetes Epilepsia Asma Celiaquía
- Trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, discalculia, TDA, TDAH9)
- Trastorno de salud mental (ansiedad, depresión, conducta alimentaria...)
- Trastorno del neurodesarrollo (TEA, asperger...)

Otras:

*En caso de que su hijo tenga alguna de estas enfermedades **será necesario aportar fotocopia del informe del especialista.**

¿TOMA HABITUALMENTE ALGUNA MEDICACIÓN?

NO SI, indica cual:

* Si precisa tratamiento farmacológico durante el periodo lectivo o actividades extraescolares la familia debe ponerse en contacto con el centro y además **aportar fotocopia del informe de su especialista y aportar el medicamento al inicio del curso.**



DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DISPENSA DE MEDICAMENTOS EN CASO DE URGENCIA VITAL.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

***Obligatorio cumplimentar y firmar por los dos progenitores**

D./D^a. (abajo firmantes) _____ y _____

Como madre/padre/tutor, del **alumno/a y curso:** _____

Expongo:

Que el alumno/a, tiene un problema médico relacionado con: _____

(Obligatorio adjuntar informe médico)

Autorizo al centro:

La administración del medicamento prescrito, según **ORDEN EYH/315/2019**, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias o socio sanitarias. Así mismo me hago totalmente responsable de esta decisión, exonerando de toda responsabilidad al personal del centro o sanitario que lo administre en las condiciones indicadas en el informe médico: **Para ello aporta:**

1. **Aporta informe médico actualizado** con nombre completo del alumno, fecha de la prescripción, fármaco a administrar, dosis, duración del tratamiento, especificaciones sobre la conservación del fármaco y vía de administración.

2. **Aporta el fármaco indicado y prescrito facultativamente**, rotulado con el nombre del alumno y la posología, comprometiéndose a su reposición por deterioro, agotamiento o caducidad. La entrega y recogida del fármaco quedará registrada en el centro.

Informo al centro:

- Que la familia o unidad familiar a la que represento como madre/padre/tutor del alumno/a, se responsabiliza de proporcionar al centro las necesidades detalladas en el espacio anterior, con el nombre detallado del alumno/a tanto en el interior como en el exterior del medicamento.
- Que nos comprometemos a entregar el medicamento en condiciones de conservación adecuada al principio del curso escolar y a retirarlo al terminar el curso escolar. Renovarlo a comienzo de cada curso escolar
- Que la familia solicita, en caso de necesidad, se suministre al alumno/a, la medicación.
- Que la familia o unidad familiar a la que represento como madre/padre/tutor del alumno/a, **exime de toda responsabilidad**, en caso de tener que suministrar los citados medicamentos, especificados con anterioridad.

Lo que firmo para que conste a los efectos oportunos, en Valladolid a ____ de _____ de 20__

Progenitor1 con DNI, nombre, apellidos y firma

Progenitor2 con DNI, nombre, apellidos y firma