



FICHA SANITARIA

Alumno/a:	Grupo Sanguíneo:
-----------	------------------

Alergias:

Alergias a medicamentos:

Alergias alimentarias:

Tratamientos Habituales (*)

Patología:
Nombre del medicamento:
Dosis:
Hora a la que debe administrarse:
Período de administración:
Desde: hasta:

Patología:
Nombre del medicamento:
Dosis:
Hora a la que debe administrarse:
Período de administración:
Desde: hasta:

Vacunas: adjunten, por favor, fotocopia de la cartilla de vacunación

Necesidades Educativas:

Observaciones:

(*)D./D^a _____
Con DNI/NIE/PASAPORTE _____
Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.
Fecha: _____ FIRMA, _____