



SERVICIO DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: 1° _____ DE _____

2° _____ DE _____

3° _____ DE _____

HISTORIA SANITARIA

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (DIAGNÓSTICOS):

ALERGIAS/ INTOLERANCIAS (ALIMENTOS, FÁRMACOS, AMBIENTALES):

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EN CASO DE NECESIDAD AVISAR PRIMERO A: _____

NÚMERO DE HERMANOS: _____ POSICIÓN QUE OCUPA: _____

MEDICACIÓN CRÓNICA				
FÁRMACO	VÍA	DOSIS	HORARIO	FECHA DE PRESCRIPCIÓN
MEDICACIÓN DE URGENCIA				
FÁRMACO	VÍA	DOSIS	HORARIO	FECHA DE PRESCRIPCIÓN
MEDICACIÓN EN CASO DE FIEBRE O DOLOR				
FÁRMACO	VÍA	DOSIS	HORARIO	FECHA DE PRESCRIPCIÓN

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EDUCACIÓN FÍSICA:

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LAS EXCURSIONES:

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS:

FECHA:

FIRMA PADRE:

FIRMA MADRE: