



CUESTIONARIO DE SALUD

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

FECHA DE NACIMIENTO

DATE OF BIRTH

FECHA DE ENTRADA

ENTRY DATE

ALERGIAS

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Medicamentos			
Alimentarias (Se requiere informe médico y protocolo de actuación)			
Respiratorias			
Tópica/Cutánea			
Picaduras Insectos			
Otros			



CUESTIONARIO DE SALUD

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

ENFERMEDADES ACTUALES

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Asma			
Diabetes			
Epilepsias			
Cardiovasculares			
Digestivas			
Músculoesqueléticas			
Cutáneas			
Otros			



CUESTIONARIO DE SALUD 1

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

¿Requiere algún tipo de dieta especial?

PROBLEMAS/TRASTORNOS

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Visuales			
Auditivas			
Motrices			
Neurológicos			
Otros			



CUESTIONARIO DE SALUD 1

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

EL ALUMNO/A HA PRESENTADO ALGUNA VEZ

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Reacciones alérgicas			
Convulsiones febriles			
Convulsiones por otros motivos			
Crisis asmáticas			

HA PADECIDO LAS SIGUIENTES INFECCIONES

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Varicela			
Escarlatina			
Meningitis			
Paperas			



CUESTIONARIO DE SALUD 1

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

EL ALUMNO/A HA PRESENTADO ALGUNA VEZ

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Reacciones alérgicas			
Convulsiones febriles			
Convulsiones por otros motivos			
Crisis asmáticas			



CUESTIONARIO DE SALUD 1

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

HA PADECIDO LAS SIGUIENTES INFECCIONES

	Sí	No	Observaciones/ Tratamientos
Varicela			
Escarlatina			
Meningitis			
Paperas			
Hepatitis			
Otras			

¿Ha sido operado anteriormente?

Antecedentes familiares de interés (incluyendo casos COVID)



CUESTIONARIO DE SALUD 1

NOMBRE DEL NIÑO

CHILD'S NAME

PARA JUSTIFICAR ESTE CUESTIONARIO ADJUNTAR LOS INFORMES MEDICOS PERTINENTES

La información médica de los alumnos se mantendrá confidencial en la mayoría de los casos independientemente de la edad de los mismos. Sin embargo, puede haber excepciones y los datos relevantes pueden ser comunicados al resto de los trabajadores del colegio por el interés médico del alumno y para que éste sea atendido a diario de la mejor manera posible.

PADRE(O TUTOR) DEL ALUMNO/A

NOMBRE

APELLIDOS

FIRMADO:

MADRE(O TUTOR) DEL ALUMNO/A

NOMBRE

APELLIDOS

FIRMADO:

Al cumplimentar este formulario nos habilita su consentimiento para informarle de la información solicitada además de toda la información accesoria a las actividades del centro. Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, tendrá el derecho a acceder a la información que concierne (Art.15), rectificarla de ser errónea (Art.16), suprimirla(Art.17), limitar tratamiento(Art.18), portabilidad. (Art. 20)