



C/ Santa Dorotea, 5
08004 Barcelona
Tel. 93 4236574

FITXA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

DADES PERSONALS DEL NEN/A

Nom i cognoms del nen/a:

Data de naixement:

Núm. de la targeta d'identificació sanitària (TIS):

Mútua sanitària privada i número (si és el cas):

PERSONES DE CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA:

Nom i cognoms	DNI	Telèfon mòbil

INFORMACIÓ SANITÀRIA DEL NEN/A

GRUP SANGUINI:

ANTECEDENTS DE MALALTIA O OPERACIONS QUIRÚRGIQUES (enumerar les rellevants):

.....

PATEIX ARA ALGUNA MALALTIA QUE REQUEREIXI ATENCIÓ ESPECIAL? SÍ NO

En cas afirmatiu, quines atencions necessita?

.....

NECESSITA ALGUN TIPUS DE MEDICACIÓ DE MANERA REGULAR? SÍ NO

En cas afirmatiu, descriuiu-lo:

Nom del medicament:

Dosi: Freqüència d'administració:

Horari:

NOTA: En cas d'haver de prendre medicaments a l'escola sota prescripció mèdica, caldrà lliurar els medicaments amb el nom del nen/a escrit a la capsa, indicant també l'horari i la dosi.

PATEIX ALGUN TIPUS D'AL·LÈRGIA (medicaments, aliments, insectes) O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA? SÍ NO

En cas afirmatiu, digueu quina/es i les atencions que necessita?

.....
.....

EN CAS DE FEBRE 38°C, LI PODEM ADMINISTRAR MEDICAMENTS? SÍ NO

En cas afirmatiu, indiqueu-ne la dosi:

Dalsy 20 mg/dl:

Dalsy 40 mg/dl:

Apiretal 100 mg/dl:

INDIQUEU AQUÍ TOT ALLÒ QUE CONSIDEREU RELLEVANT DE LA SALUT DEL NEN/A:

.....
.....
.....
.....

IMPORTANT: Cal adjuntar fotocòpia de la targeta d'identificació sanitària (TIS) i del carnet de VACUNES actualitzat.

EN SIGNAR AQUEST DOCUMENT esteu autoritzant l'Escola Magòria a donar els medicaments indicats en cas de febre de més de 38°C mentre arriba la persona autoritzada a recollir-lo. En cas d'accident, també esteu autoritzant l'escola a portar el nen/a al centre sanitari que correspongui segons l'assegurança de l'escola, acompanyant-lo en tot moment i avisant la família.

Signatura del pare/mare o tutor/a:

Barcelona, a __ de _____ de 20