



INVENTARIO DE SALUD

Apellidos: Nombre:
 Fecha nacimiento: / / Lugar: (.....)
 Nombre del padre: Nombre de la madre:
 Tutor/a:
 Domicilio familiar: c/.....
 Municipio: Provincia: Teléfono fijo:
 Teléfono móvil padre: Teléfono móvil madre:
 Atención sanitaria: () Seguridad Social () Compañía privada:
 Nº afiliación del alumno/a: /.....

ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿Cuántos miembros forman la unidad familiar?:
 Padre: Madre: Hermanos: Hermanas: Otros:
 ¿Padece algún miembro de la familia alguna enfermedad que pueda afectar directamente o indirectamente el estado de salud del alumno/a? En caso afirmativo diga cuales:
 Por favor marque con una X si su hijo/a ha padecido algunas de las enfermedades siguientes:
 () Varicela () Alergia () Fiebre reumática () Enfermedad cardiaca () Tosferina
 () Rubéola () Resfriados frecuentes () Enfermedades renales () Neumonías
 () Epilepsia () Asma bronquial () Infección de oídos () Sarampión
 () Hepatitis () Fiebre tifoidea o paratifoidea () Fiebre de malta () Diabetes
 () Desviación de columna () Otros.....
 Accidentes con secuelas ¿Cuáles?:
 Intervenciones quirúrgicas ¿Cuáles?:
 ¿Está sometido el alumno/a a algún tipo de tratamiento médico, alergia o régimen especial de comidas?:

(EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS QUE LO ACREDITE)



Firma del (la) alumno/a mayor de edad

Firma del (la) padre, madre o tutor(a)

Únicamente en caso de que el(la) alumno/a sea menor de edad

Almería a _____ de _____ de 20_____.