

**AUTORIZACIÓN MEDICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS
MEDICOS (SERVICIO DE ENFERMERIA)**

CURSO:/.....

ALUMNO.....

Con el fin de actualizar todos los historiales médicos de los alumnos del centro, rogamos rellenen este impreso y manden fotocopia de los últimos informes médicos que tengan: tanto informes de revisión de especialistas (neurólogos, psiquiatras, traumatólogos,...) como informes de hospitalizaciones.

Diagnóstico actual del niño.....

Medicación que toma actualmente (apuntar toda la que toma, tanto en casa como en el colegio)

¿Está actualmente en revisión por algún especialista? **SI** **NO**
¿Cuál?

Hospital donde le asisten:.....

Centro de Salud que le corresponde.....

Nombre del médico.....

Alergias (anotar si es alérgico a algún alimento, medicamento, material ...)

Medicación en caso de fiebre o dolor (anotar nombre y cantidad)

Medicación de urgencia:

Anote cualquier información que crea necesario darnos a nivel sanitario

LOS ALUMNOS QUE PRECISEN TOMAR MEDICACION EN HORARIO ESCOLAR DEBEN ENVIAR UN VOLANTE MODELO P-10 DEL MEDICO. DICHO VOLANTE TAMBIEN SERA NECESARIO CUANDO EL ALUMNO NECESITE RECIBIR MEDICACIÓN DE FORMA ESPORÁDICA A LO LARGO DEL CURSO.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR.....