

### FICHA DE SALUD

ALUMNO	
Apellidos / Nombre	
Fecha de nacimiento	DNI / NIE
TIS (tarjeta individual sanitaria)	Clase
Teléfono contacto urgente	

Fecha de la última vacunación antitetánica \_\_\_\_\_  
(Si lo prefiere, puede adjuntar una fotocopia del carnet de vacunas)

**URGENCIA MÉDICA**

En la ausencia de padres o tutores (no localizables) del alumn@ y ante una urgencia médica necesitando un traslado al hospital, el Servicio de Salud Escolar **llamará al 112—Sistema de Emergencias Médicas (SEM)**

**ALUMNO/A YA INSCRITO/A**

Consultar toda las informaciones en PRONOTE / Espacio-Padres (ver tutorial)  
Contactarnos al Servicio Salud: service.sante@lfb.es 93 25 25 708

**Indique en que protocolo(s) hay que hacer modificaciones o actualizaciones**

<input type="checkbox"/>	Con respecto al RA (Régimen alimentario con prescripción médica)
<input type="checkbox"/>	Con respecto a un plan de acompañamiento médico (PAI, tratamientos...)
<input type="checkbox"/>	Con respecto a un plan de acompañamiento pedagógico (PAP, PPS...)
<input type="checkbox"/>	Con respecto a un RG (no médico)
<input type="checkbox"/>	Con respecto a los datos administrativos (teléfono, NIE, TIS...)
<input type="checkbox"/>	Otras informaciones a comunicar:

**NUEVO/A ALUMNO/A**

Si su hij@ presenta **alergias medicamentosas**, indique los medicamentos:

Indique si su hij@ ha sido **diagnosticad@** de uno o varios de los problemas de salud mencionados:

<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	De un problema ALIMENTARIO
<input type="checkbox"/>	De una enfermedad CRONICA
<input type="checkbox"/>	De un problema PSYCOLOGICO
<input type="checkbox"/>	De un trastorno de APRENTIZAJE
<input type="checkbox"/>	De otros problemas (sin diagnostico y/o sin repercusión escolar)

Indique si su hij@ **necesita un tratamiento en la escuela** para uno o varios de los problemas de salud mencionados:

<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	Para una ALERGIA / INTOLERANCIA ALIMENTARIA
<input type="checkbox"/>	Para una enfermedad CRONICA
<input type="checkbox"/>	Para un problema PSYCOLOGICO
<input type="checkbox"/>	Para un trastorno de APRENTIZAJE

Si su hij@ sigue un Régimen en concepto religioso, ideológico u otro; indique el tipo de Dieta. (esta información se transmitirá al servicio de restauración)

Su hij@ **necesitará la creación de un protocolo médico y/o psicológico?**

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI / (o No lo sé) —————> <b>consultar el requisito en el verso de esta ficha**</b>

## CREACIÓN DE UN PROTOCOLO

### En que momento hay que pedir un protocolo para su hij@

#### \*\* Si su hij@ ha sido diagnosticad@ de un problema de salud necesitando:

- Un **tratamiento en la escuela** (a corta o larga duración).
- Un **régimen específico**.
- Una **enfermedad crónica** (asma, epilepsia, diabetes, alergias, etc....).
- Un **trastorno de aprendizaje** (dislexia, TDAH, discalculia., etc...).
- Un **problema psicológico** (necesitando de un seguimiento específico...).

#### \*\* Para ello, les pedimos de:

- **Contactar el Servicio de Salud:** [service.sante@lfb.es](mailto:service.sante@lfb.es) 93 25 25 708
- De **enviarnos un informe médico** que indique el diagnóstico con los medicamentos prescritos o los cuidados a seguir.
- Ocasionalmente, **si necesita un tratamiento** y la pauta del tratamiento no está indicada en el informe médico, **es necesario**, al menos, **la receta. Y nos harán llegar los medicamentos a la enfermería.**
- La **firma de padres/madres** para la creación de un Protocolo **es obligatoria.**
- La **validación y continuidad del protocolo debe hacerse cada año escolar.**

Madre , padre, tutor, responsable del alumn@

Apellidos / Nombre

Confirmando la exactitud de la información indicada en este documento.

Firma