



Benetússer, 7 septiembre 2020

Enfermedades Crónicas

Como cada curso escolar, necesitamos conocer si hay variación en los datos sanitarios que tenemos registrados de nuestros alumnos, ya sea por incorporaciones nuevas o variaciones de su enfermedad crónica, y así informar al Centro de Salud de referencia.

Tomad conciencia de lo importante que es mantener estos datos actualizados. Si no tenemos la información adecuada por vuestra parte, en caso de que haya un problema, se requiera atención médica urgente y no se os pueda localizar de inmediato no podemos alertar a los profesionales sanitarios.

Para que se pueda acreditar cualquier enfermedad, que estará diagnosticada y tratada previamente por su especialista, se debe aportar un Informe Médico que lo justifique.

La Dirección

✂----- Entregar relleno y firmado al tutor/a -----

Declaración Enfermedades Crónicas

Apellidos y Nombre del alumno			Grupo, Sección
Apellidos y Nombre de Padre, Madre, Representante Legal			DNI
Autorizo al Colegio 'Nuestra Señora del Socorro' de Benetússer a facilitar los datos que declaro, documentados mediante Informe Médico, al personal sanitario en caso de urgencia.			
Enfermedad Crónica Declarada o Alergia ...:			
<input type="checkbox"/> Alimentaria a ...	<input type="checkbox"/> Medicamentosa a ...	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Picadura de: _____
<input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Artritis crónica juvenil	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Cefaleas / Migrañas	<input type="checkbox"/> Celiaco
<input type="checkbox"/> Convulsión febril	<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Gastroenteritis Crónica
<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Hipoacusia
<input type="checkbox"/> Lesión crónica: _____	<input type="checkbox"/> Miopía / <input type="checkbox"/> Astigmatismo	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Retinopatía
<input type="checkbox"/> Otra:			

Firma de Padre, Madre, Representante Legal