

FICHA MÉDICA

(Contestar los padres, solo a las preguntas que procedan)

Alumno: **Educadora:**

Nombre del médico:

Dirección de su consulta:

Teléfono de contacto:

Seguro Médico:

Centro Sanitario:

Alergias

¿Padece algún tipo de alergia o intolerancia?

¿Presenta alergia o intolerancia alimenticia?

Alergias a Medicamentos, u otras sustancias:

Antecedentes de:

▪ Laringitis/Bronquitis:

▪ Convulsiones febriles: N° crisis:

Tratamiento de mantenimiento (si tiene):

▪ Patología crónica que precise tratamiento o seguimiento por un especialista (celíacos, diabetes, retraso psicomotor, etc.):

¿Qué instrucciones debemos seguir si se produce una reacción alérgica?

¿Qué toma si tiene fiebre?

Embarazo y parto

¿Tuvo un embarazo controlado y normal?

¿Tuvo un parto natural, cesárea, inducido o a término?, ¿Complicaciones?

¿Fue ingresado tras su nacimiento o pasó algún período en la incubadora?

Peso al nacer:

Talla:

Peso actual:

Talla actual:

Hábitos de sueño

¿Presenta problemas para dormir?

¿Tenéis interés en que duerma la siesta en el Centro?

Horarios de sueño:

¿Cuánto duerme en la siesta?

¿Cuánto tiempo duerme de noche?

¿Duerme solo?

¿En su cama o en cuna?

¿Tiene miedos, pesadillas nocturnos?

Enfermedades sufridas

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿A qué edad?

¿Tiene algún problema: auditivo, visual, motriz, cerebral, respiratorio, digestivo, lingüístico, etc.?, ¿a qué edad surgió?

¿Ha padecido o padece crisis asmática, afección cardíaca, infección urinaria, patología ósea o muscular, convulsiones u otra patología del sistema nervioso?

Otros datos clínicos que crea oportunos mencionar:

Vacunas

- Aportar fotocopia de la cartilla de vacunaciones.

Autonomía

¿Come solo?

¿Usa pañal de día/de noche?

¿Cuándo tiene pensado retirarle los pañales?

¿Usa chupete?

¿Cuándo tiene pensado retirarle el chupete?

Desarrollo

- Desarrollo psicomotor:
- Juegos:
- Lenguaje:
- Relaciones Socio-Afectivas:

FICHA DE AUTORIZACIONES

Sr./Sra.

Padre/madre/tutor del niño/a:

Autorizo a: mascero educación S.L., como responsable de los servicios propios del centro de educación preescolar **mascero** a los siguientes procedimientos:

1. Proporcionar el tratamiento o intervención médica y traslado necesario en el caso de que mi hijo/a sufra una caída/accidente o padezca una enfermedad que requiera dicha intervención.*
2. Realizar todos los chequeos y revisiones generales de mi hijo/a, por el equipo médico del centro cuando éste o la dirección así lo requiera.*
3. Realizar revisiones y evaluación de mi hijo/a, por el equipo multidisciplinar (psicomotricista , psicóloga-psicopedagoga) cuando éste o la dirección así lo requiera.*
4. Administrar a mi hijo/a el antipirético adecuado: Paracetamol o Ibuprofeno. Conozco que **mascero** no administrará medicamento alguno distinto de los anteriormente citados salvo autorización expresa de los padre(s)/tutores del niño y si así se requiere mediante certificado médico y/o autorización escrita de la persona responsable. *
5. Están autorizadas para recoger a nuestro hijo/a del centro:

Nombre y Apellidos:

DNI.-

Parentesco:

Móvil:

Telf. casa:

Nombre y Apellidos:

DNI.-

Parentesco:

Móvil:

Telf. casa:

Si le recogiera otra persona diferente a las autorizadas, se notificará previamente al centro facilitando su nombre, apellidos y DNI por escrito y firmado en la **agenda escolar**.

(*) Queda entendido que será informado el padre/madre a la mayor brevedad.

