



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**

D/ Dña \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_

madre/padre/tutor del alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_

autorizo a la enfermera del CEIP San Miguel a administrar la medicación prescrita por el  
pediatra/médico de familia, eximiendo al Centro Escolar de toda responsabilidad que pueda derivarse  
de dicha actuación.

Pedrezuela, a \_\_\_\_\_ del 202\_\_

Firma madre/padre/tutor:



**FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A CEIP SAN MIGUEL**  
**SERVICIO DE ENFERMERÍA**

Este formulario de salud pretende obtener información sanitaria básica del alumnado del Centro, para poder llevar a cabo una atención primaria de calidad, durante el horario escolar y dentro del propio colegio. Este documento deberá entregarse firmado y, en caso necesario, será acompañado de informes o documentación sanitaria de interés.

Esta información es confidencial y pasará a formar parte del expediente del alumno/a.

**DATOS DEL ALUMNO/A**

<b>NOMBRE</b>	
<b>APELLIDOS</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>CURSO</b>	
<b>TUTOR/A</b>	

**DATOS PERSONAS DE REFERENCIA**

<b>NOMBRE PADRE</b>		<b>TELÉFONO</b>
Correo electrónico		
<b>NOMBRE MADRE</b>		<b>TELÉFONO</b>
Correo electrónico		

**DATOS DE SALUD DEL ALUMNO/A**

<b>ALERGIAS</b>	Sí	No	
<b>INTOLERANCIAS</b>	Sí	No	
<b>PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b>	Sí	No	
<b>¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN REGULARMENTE?</b>	Sí	No	
<b>PATOLOGÍAS PREVIAS DE INTERÉS</b>	Sí	No	

**OTROS DATOS SANITARIOS DE INTERÉS PARA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA**

---

---

---

---

Pedrezuela, a \_\_\_\_\_ del 202\_\_

Firma madre/padre/tutor: