

# FULL DE SALUT



**NOM I COGNOMS DE L'INFANT:** .....

**DATA DE NAIXEMENT:** .....

**GRUP SANGUINI:**.....

**1. VACUNES:**

Porta totes les vacunes que li pertoquen segons el calendari de vacunació? .....  
(Adjuntar fotocopia del Llibre de vacunes)

**2. MEDICAMENTS**

Pren algun medicament habitualment?.....  
.....

**3. MALALTIES**

Pateix alguna malaltia crònica? (Diabetis, asma, és celíac...) .....  
.....

**Té propensió a :**

Vomitar..... Sagnar pel nas..... Mal de cap.....  
Quan li passa, que feu?.....  
.....

**4. MALALTIES IMPORTANTS PATIDES ANTERIORMENT:**

(Bronquitis Asma, Hepatitis, Malalties del Cor, Convulsions febrils, Epilèpsia, Covid 19... )  
Quines?.....  
Quan?.....

**5. INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES**

Ha estat operat/da alguna vegada?..... De què?.....  
..... Quan.....

## 6. AL·LÈRGIES.

Pateix algun tipus d'al·lèrgia? .....

- A medicaments .....
- Alimentària .....
- Altres .....

Pren alguna medicació per l'al·lèrgia de forma continuada? .....

## 7. VISIÓ I AUDICIÓ

Té algun problema de visió-audició?

.....  
.....

## 8. OBSERVACIONS:

.....  
.....  
.....  
.....

### **TIPUS D'ASSEGURANÇA MÈDICA:**

TARGETA SANITÀRIA INDIVIDUAL (Seguretat social).....  
(adjuntar fotocòpia Targeta Seguretat Social)

## AUTORITZACIÓ

En /Na..... amb DNI.....  
familiar de l'infant.....

autoritzo a l'entitat a prendre decisions que siguin necessàries en cas d'extrema urgència,  
sota la direcció facultativa.

Signatura:

Collbató,.....de.....20....

### **NOTA IMPORTANT:**

- Quan es produeix variacions respecte les dades d'aquest full, es comunicaran per escrit a la coordinadora.
- No s'administrarà cap medicament sense informe mèdic i autorització de les famílies.
- En cas de malaltia greu o incidents, que tinguin lloc dins de l'horari lectiu (caigudes, reaccions al·lèrgiques...) es comunicarà, en primer lloc, al 112, a la família i, si escau, s'acompanyarà l'infant a l'hospital.