

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...)

Té propensió a:

Vomitar..... Sagnar pel nas..... Mal de cap.....

Quan li passa, que feu?.....

4. MALALTIES IMPORTANTS PATIDES ANTERIORMENT:

Quines?

.

Quan?.....

5. INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES:

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

Quan?.....

6. AL·LÈRGIES:

Pateix algun tipus d'al·lèrgia?.....

- Alimentària:
- Medicaments:
- 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 de la targeta sanitària)

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 produeixen variacions respecte les dades d'aquest document, es comunicaran per escrit a la coordinadora del Casal.
- 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 s'escau, s'acompanyarà a l'infant a l'hospital.