

Ficha técnica del alumno o alumna con DIABETES

Nombre:

Curso:

Tutor(a) / Profesor(a):

Edad:

Peso:

Personas de contacto y teléfonos:

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



¿Qué tipo de diabetes padece?

¿Cómo se manifiesta?

¿Hay alguna actividad que consideren que se debe limitar?

¿Tiene otros problemas de salud?

Durante la crisis, ¿tiene prescrita medicación de urgencia por vía rectal?

MEDICACIÓN Y DOSIS

LUGAR EXACTO DONDE SE GUARDA LA MEDICACIÓN DEL ALUMNO O LA ALUMNA

Firma del profesional sanitario y sello

Fdo.: _____

D./Dña.: _____
con DNI _____, en calidad de padre, madre o tutor legal del alumno o alumna _____, autorizo al personal docente para que, en caso de necesidad, ayude a mi hijo o hija para que reciba tratamiento con su medicación de urgencia. Asimismo, me comprometo a informar al centro de cualquier modificación en los tratamientos. Ruego contacte conmigo o con cualquiera de las personas de contacto que aparecen en esta ficha en caso de que mi hijo o hija deba recibir tratamiento de urgencia o presente síntomas de hipoglucemia en el centro.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____