

Ficha técnica del alumno o alumna con **CARDIOPATÍA**

Foto del alumno/a
Curso y grupo

Nombre y apellidos:

--

Fecha de nacimiento:

--

Personas de contacto y teléfonos:

Profesional sanitario y teléfono de contacto:

--	--

¿Qué tipo de cardiopatía padece?

¿Qué síntomas manifiesta?

¿Tiene otros problemas de salud?

¿Tiene prescrita medicación? , en caso afirmativo, ¿qué medicación toma?

AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

D./Dña.: _____
con DNI _____, en calidad de padre, madre o tutor legal del
alumno o alumna _____,
matriculado/a en el centro _____,
autorizo al personal del centro para que suministre la medicación a mi hijo o hija. 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 tenga una crisis o deba recibir asistencia de urgencia en el centro.

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

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____