

ANEXO V FORMULARIO MÉDICO

PROGRAMA DE MOVILIDAD INDIVIDUAL DEL ALUMNADO CON RECIPROCIDAD

(PILOTAJE CURSO 19/20)

(El alumno o alumna va a estudiar 4 semanas en un centro educativo francés y vivir con una familia de acogida francesa. El formulario deberá ser cumplimentado por el médico o la médica del alumno o alumna. Los padres/madres/tutor(es) del alumnado deberán facilitar al doctor o doctora toda la información y documentación pertinente sobre su historial médico. Si responde " Sí" a cualquiera de las preguntas, se ruega se incluya o adjunte información detallada.

Este formulario será cumplimentado por el médico o la médica, estará firmado por los padres/madres/tutores y por el alumnado y será introducido en un sobre sellado que llevará consigo. Sólo un médico que lo o la trate podrá abrir el sobre en caso de que sea necesario).

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO O ALUMNA:

1 . Indique si tiene conocimiento de que el alumno o alumna haya tenido alguna de las siguientes enfermedades/ estados de salud.

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Sonambulismo |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Tos (persistente, recurrente) |
| <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Jaquecas (recurrentes) |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina |

En caso afirmativo, facilite información detallada y fechas (utilice más hojas en caso necesario):

2. ALERGIAS

SÍ

NO

En caso afirmativo, identifique el tipo, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

3.ASMA

SÍ

NO

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

4. DIABETES

SÍ

NO

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

5. TRASTORNOS CONVULSIVOS

SÍ

NO

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

6 . ¿El alumno o alumna ha tenido alguna vez o presenta en el examen realizado alguna enfermedad, discapacidad o anomalía de:

Órganos abdominales, sistema digestivo

Pulmones, sistema respiratorio

Huesos, articulaciones, sistema locomotor

Sistema urogenital

Riego del corazón

Ojos/visión, oídos/audición

Amígdalas, nariz o garganta

Sangre, sistema endocrino

Encefalitis

Escarlatina

En caso afirmativo, explique cuáles (utilice hojas suplementarias en caso necesario) y especifique si necesita alguna ayuda, adaptación o asistencia especial:

7. ¿El alumno o alumna ha estado hospitalizado u hospitalizada?

SÍ

NO

En caso afirmativo, facilite las fechas, el diagnóstico y los resultados de cada incidente:

8. ¿Se le está administrando al alumno o alumna en la actualidad medicación o inyecciones (distintas de las mencionadas anteriormente)? SÍ NO

En caso afirmativo, describa el tratamiento, el motivo de su administración, las dosis y la frecuencia:

OBSERVACIÓN: Integrarse en una familia de acogida, un centro escolar y una comunidad de otro país implica un ajuste que a menudo conlleva un estrés emocional. En ningún caso supone una relajación o alivio temporal de cualquier terapia. Si el alumno o alumna experimenta en la actualidad dificultades emocionales, físicas, personales o familiares, estas pueden aumentar gravemente por las demandas de ajuste del programa. Por lo tanto, es muy importante que evalúe con detenimiento el estado previo o actual del alumno o alumna y su tratamiento, junto con su capacidad para gestionar la ansiedad derivada de este ajuste y el estrés producido en la adaptación a un entorno desconocido.

9. ¿El alumno o alumna ha consultado ALGUNA VEZ a un neurólogo, psicólogo o cualquier otro especialista debido a trastornos nerviosos, emocionales o alimentarios? SÍ NO

10. ¿Existe un historial o pruebas actuales de un trastorno emocional, nervioso o alimentario? SÍ NO

En caso de responder afirmativamente a las preguntas (9 o 10), deberá adjuntarse un informe del especialista

11. ¿Existe algún límite o restricción médica para las actividades del alumno o alumna y/o su participación en actividades deportivas, o cualquier información médica que haya que tener en cuenta para su integración en el centro y en la casa? SÍ NO

En caso afirmativo, explique cuáles:

FIRMA DEL FACULTATIVO/A

Nombre, apellidos y titulación	Sello y firma
Datos de contacto (dirección postal, teléfono, dirección electrónica, en su caso):	Fecha

FIRMA DEL ALUMNO O ALUMNA Y DE PADRES/MADRES/TUTOR/A

Yo, el/la abajo firmante, certifico que se ha realizado un examen físico exhaustivo del alumno o alumna, que se ha recogido toda la información médica reciente en el formulario médico, que no se ha omitido nada pertinente, y que está capacitado para viajar.

Entiendo que la omisión de cualquier información podría ser perjudicial para el cuidado médico del alumno o alumna y que podría tener como consecuencia la finalización del programa antes del plazo previsto.

Firma del alumno o alumna (si no es menor)	Fecha
Firma del padre y/o la madre o tutor/a	Fecha