



HISTORIA MÉDICA

Les rogamos que cumplimenten los datos de su hijo/a para así poder realizar los controles sanitarios con el conocimiento de su estado de salud. Han de adjuntar fotocopia de cartilla de vacunación.

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Curso al que se incorpora:

DATOS FAMILIARES:

- Nombre y Apellidos del padre:

Fecha nacimiento:

Tfno. Fijo/móvil:

- Nombre y apellidos de la madre:

Fecha nacimiento:

Tfno. Fijo/Móvil:

- Nº hermanos/as: Fechas de nacimiento:

E-mail de contacto:

COMUNICACIÓN DE INTOLERANCIAS Y/O ALERGIAS

- Presenta actualmente **intolerancias y/o alergias alimentarias:** NO SÍ

En caso afirmativo, especifique claramente si es alergia o intolerancia y a qué o cuales alimentos:

-
- Presenta actualmente las siguientes **intolerancias y/o alergias a fármacos:** NO SÍ

Antibióticos: cual / cuales

Analgésicos/antiinflamatorios cual/cuales

Otros: especifique:

- Presenta actualmente intolerancias y/o alergias a otros alérgenos: NO SÍ

Látex: Ácaros: Gramíneas: Pelos animales: Picaduras insecto:

Otros:

ES IMPRESCINDIBLE **ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO INFORME MÉDICO QUE ACREDITE LAS INTOLERANCIAS O ALERGIAS.**

IMPORTANTÍSIMO QUE NOS COMUNIQUEN CUALQUIER INFORMACIÓN O MODIFICACIÓN RESPECTO A LAS ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS PARA PODER MODIFICAR SU HISTORIA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre:

Madre:

Hermanos:

Enfermedades que se hayan repetido en alguna de las familias:

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

▪ Embarazo: desarrollo y duración del mismo en semanas:

▪ Parto: normal/cesárea/otra y motivo de la misma:

Peso:

Talla:

Perímetro Cefálico:

APGAR:

Puerperio:

Lactancia natural/artificial duración:

Neonatología:

Desarrollo psicomotor

▪ Intervenciones quirúrgicas (indique fecha y de qué):

▪ Enfermedades padecidas:

▪ Nutrición/alimentación:

▪ Dermatología:

▪ Enfermedades infecciosas:

▪ Otorrino (garganta, nariz, oídos)

▪ Aparato Cardiovascular:

▪ Aparato Respiratorio:

▪ Aparato digestivo:

▪ Aparato Génito-urinario:

▪ Sistema nervioso (crisis convulsivas, apneas del llanto, etc.):

▪ Aparato locomotor:

▪ Visión/audición:

¿EN LA ACTUALIDAD PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

SÍ

NO

En caso afirmativo indique cuál o cuáles:

Firma padre/madre/tutor1 con DNI

Firma padre/madre/tutor2 con DNI

PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos de las personas que se relacionan con Scuola Materna Italiana, recabados a través de este cuestionario u otro medio, serán tratados conforme a los principios de licitud, lealtad, transparencia, limitación de la finalidad y del plazo de conservación, minimización de datos, exactitud, integridad y confidencialidad, y respetando las obligaciones y garantías establecidas en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Para contribuir a este fin, le informamos a continuación de los siguientes aspectos relacionados con su derecho a la protección de datos personales:

Actividad del tratamiento	Recogida de datos de salud relativa a la consulta de Enfermería para el curso escolar correspondiente.
Responsable del tratamiento	Scuola Materna Italiana
Finalidad	Recopilación de datos sanitarios del alumno.
Datos recogidos	Identificativos y sanitarios.
Legitimización	Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de mayo, para el tratamiento de los datos en el ejercicio de la función educativa.
Tratamiento de los datos	IMENA S.L.P. CIF: B80223720
Derechos y ejercicio de los mismos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad, poniéndose en contacto con la Scuola Materna Italiana mediante escrito postal o correo electrónico, indicando en la solicitud qué derecho desea ejercer y sobre qué datos.

- He recibido notificación sobre la protección y confidencialidad de los datos personales. Presto mi consentimiento, quedando informado de que los datos que facilito, formarán parte de un fichero propiedad de la Scuola Materna Italiana.

Firma padre/madre/tutor1

Firma padre/madre/tutor2