CUESTIONARIO DE SALUD
Curso 2026-2027

1. DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Dirección: _____

Localidad:_____ Código postal: _____

Teléfono de urgencia: _____ Nº *utente* (alumno/a)**:** _____

Nº contribuinte alumno/a (obligatorio para el seguro): _____

2. DATOS FAMILIARES:

Nombre del progenitor/a 1: _____

Teléfono para avisos durante el horario escolar: _____

Nombre del progenitor/a 2: _____

Teléfono para avisos durante el horario escolar: _____

Otros contactos: _____

E-mail: _____

ATENCIÓN: Los **números de teléfono deben estar siempre actualizados**. Si se produce algún cambio en los contactos, deberán informar a la enfermería a través del correo enfermeria.iel@educacion.gob.es

3. ANTECEDENTES SANITARIOS DEL ALUMNO/A:

3.1 Enfermedades padecidas:

Varicela ☐ Escarlatina ☐ Mononucleosis ☐ Hepatitis ☐

3.2 Problemas médicos pasados o cirugías (indicar caso y fecha aproximada):

3.3 Enfermedades actuales:

3.4 Tratamiento de urgencia, si lo tuviera:

ATENCIÓN: Es obligatorio presentar el certificado médico con las enfermedades o problemas que padece el alumno o alumna, así como la indicación médica pertinente en caso de urgencia. La medicación, en su caso, tiene que ser entregada en la enfermería del Instituto.

3.5 Alergias/intolerancias que padece:

Polen ☐ Ácaros ☐ Alimentos ☐ Otras ☐

Indique cuáles:

ATENCIÓN: Es obligatorio presentar justificación médica de la alergia y medicación en caso necesario.

4. OBSERVACIONES:

Se agradece la comunicación de cualquier alteración de importancia en la salud de su hijo o hija. Recuerde que las **enfermedades infectocontagiosas** (Mononucleosis, Hepatitis, Varicela, Escarlatina, etc.) son de declaración obligatoria y precisan de parte de alta médica.

Esta información es de carácter **confidencial**.

Lisboa, _____ de _____ de 2026

_____ _____

(Firma de ambos progenitores)