

INFORME MÉDICO ESCOLARIZACIÓN



Datos del niño/a:

Nombre y Apellidos:	
Fecha de nacimiento - edad:	Sexo:
Fecha del Informe:	

Datos del médico/pediatra de Atención Primaria:

Dr./Dra.	Colegiado N° :
CIAS:	Centro de Salud:
Localidad:	

Antecedentes Personales:

- A. Calendario vacunal al día: Sí No No hay datos de vacunación
- B. Alergias conocidas: No Conocidas
 Alimentarias Medicamentosas Intolerancias Otras

Especificar las alergias:

C. Enfermedad actual:
.....

D. Tratamiento Habitual:
.....

E. Situación de riesgo LEVE relacionada con su enfermedad:
.....

F. Situación de riesgo GRAVE relacionada con su enfermedad:
.....

G. En caso de Urgencia administrar:
.....

H. Necesidades sanitarias durante el horario escolar:
.....

Firma y Sello del Colegiado

Dr./Dra.

En..... a de20....