

FITXA MÈDICA Ed. INFANTIL

Nom	
Cognoms	
Curs	
Núm. CAT Salut	

Antecedents personals patològics

Malalties respiratòries

Accidents

Trastorns digestius

Malalties cutànies

Altres malalties transmissibles

Intervencions quirúrgiques

Altres malalties

Dades d'interès pràctic

És al·lèrgic/a? sí no

A què?

És malaltís/sa? sí no

De què? (marqueu el que correspongui)

angines refredats faringitis mal de queixal

sinusitis

al·lèrgies a

altres (quines?)

Quan està malalt, pateix febres altes? sí no

Pren algun medicament especial? sí no

Quin?..... dosis.....

Fa cap règim especial? sí no

Quin?.....

No pot menjar algun aliment o té alguna intolerància alimentària?

Quin/a?.....

Dorm bé? sí no Té insomni? sí no

Quantes hores dorm normalment?.....

Ha adquirit el control d'esfínters? sí no

.....

Mostra alguna deficiència auditiva o visual?

Sí no Quina.....

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc.)?

Quina?

Es fatiga amb facilitat? sí no

Necessita una atenció especial? sí no

Perquè?.....

Es mareja fàcilment? sí no

Està vacunat/da de tot segons la seva edat? sí no

I contra el tètanus?		sí	no
dates.....			

OBSERVACIONES:

(signatura del/de la pare/mare)

Granollers, de setembre de 20.....

Cr. Joan Prim, 59-63

08401 Granollers, T.938400701, secretariajoanprim@educem.com www.educem.com



@EducemGran



@educem_granollers