



**ANEXO II**

## INFORME MÉDICO ESCOLARIZACIÓN

### Datos del alumno/a:

<b>Nombre y Apellidos:</b>	
<b>CIPA:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Edad:</b>	

### Datos del médico/pediatra:

<b>Dr./Dra.</b>	<b>Colegiado N°:</b>
<b>CIAS:</b>	<b>Hospital/Centro de Salud:</b>

### Antecedentes personales:

- A. Calendario vacunal al día:** No hay datos de vacunación [ ]
- B. Alergias conocidas:**  
 Alimentarias [ ]  
 Medicamentosas [ ]  
 Intolerancias [ ]  
 Otras [ ]
- C. Enfermedad actual:** Enfermedad rara [ ]
- 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. Atenciones o cuidados sanitarios durante el horario escolar** (indicar periodicidad continua, diaria o semanal)
- I. Observaciones:**

<b>D/Dña.:</b> <b>N° Colegiado:</b>
--