



Madrid, a 8 de octubre de 2018

### INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL VIAJE

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Móvil alumno/a: \_\_\_\_\_

Fecha caducidad DNI: \_\_\_\_\_

Fecha expedición Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha caducidad Pasaporte: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto durante el viaje:

Padre (Móvil): \_\_\_\_\_ Padre (Trabajo): \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Madre (Móvil): \_\_\_\_\_ Madre (Trabajo): \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Con el fin de evitar posibles incidencias no deseadas, y para poder atender mejor a los alumnos rogamos contesten brevemente este cuestionario médico sobre su hijo/a:**

¿Padece algún tipo de enfermedad o minusvalía? Indicar protocolo de actuación.

¿Sigue algún tratamiento específico? Indicar medicamento y dosis.

¿Tiene algún tipo de alergia? Medicamentos, comidas, animales, plantas...

**Indique si toma habitualmente algún medicamento para: (indicar cuál)**

- Dolor de cabeza: \_\_\_\_\_ - Gastroenteritis: \_\_\_\_\_

- Dolor muscular/óseo: \_\_\_\_\_ - Alergia: \_\_\_\_\_

- Picaduras de insectos: \_\_\_\_\_ - Inflamación: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**El alumno y sus padres o tutor legal serán responsables de la veracidad de la información médica indicada así como de la omitida. En caso de emergencia médica causada por una enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento médico, etc. el alumno y sus padres o tutor legal autorizan a los profesores para que puedan tomar las decisiones que consideren necesarias en relación a ello, renunciando a ejercer cualquier reclamación posterior sobre las mismas. El alumno y sus padres o tutor legal se harán cargo de los importes de los medicamentos y demás gastos médicos no incluidos en la cobertura del seguro del viaje que pueda precisar el alumno durante su estancia en el extranjero.**

**Firma del padre/madre/tutor**