

**FITXA MÈDICA**

<b>Nom</b>	
<b>Cognoms</b>	
<b>Curs</b>	
<b>Núm. S. Social</b>	

**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    problemes amb la menstruació                    al·lèrgies a .....

Pren algun medicament especial?            sí            no  
 Quin? .....                    dosis .....

Fa cap règim especial?                    sí            no  
 Quin? .....

No pot menjar algun aliment?                    Quin? .....

Dorm bé?    sí            no                    Té insomni?    sí            no  
 Quantes hores dorm normalment? .....

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

Necessita una atenció especial?	sí	no
Per què? .....		
Es mareja fàcilment?	sí	no
Està vacunat/da de tot segons la seva edat?	sí	no
I contra el tètanus?	sí	no
dates .....		

**OBSERVACIONS:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(signatura del/de la pare/mare)

Granollers, ..... de setembre de 20.....

