

FITXA MÈDICA

Nom	
Cognoms	
Curs	
Núm. S. Social	

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 correspongi)

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

Per què?

Es mareja fàcilment? sí no

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

I contra el tètanus?
dates..... sí no

OBSERVACIONS:

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

(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

