

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 correspongui)
 angines refredats faringitis mal de queixal
 sinusitis problemes amb la menstruació al.lergies 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?	no	sí
dates		

OBSERVACIONS:

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

(signatura del/de la pare/mare)

Granollers, de setembre de 20....