



## FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

### Curso 2024-2025

#### DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre: ..... Apellidos: .....  
NIF/NIE/Pasaporte: ..... Curso: ..... Etapa: .....  
Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento: .....  
Nacionalidad: ..... Sexo: ..... Talla: ..... Peso: .....

#### DATOS FAMILIARES:

##### PADRE /TUTOR:

Nombre: ..... Apellidos: .....  
DNIE/NIE/Pasaporte: ..... Teléfono de contacto: .....  
E-mail: .....

##### MADRE /TUTORA:

Nombre: ..... Apellidos: .....  
DNIE/NIE/Pasaporte: ..... Teléfono de contacto: .....  
E-mail: .....

Números de hermanos/edad: .....

Domicilio familiar: .....

Población: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

#### DATOS DE AFILIACIÓN SANITARIA (Adjuntar fotocopia)

Nª Tarjeta Seguridad Social:.....

Tarjeta Sanitaria Privada (Compañía y número).....



### ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:

1. ¿Padece algún tipo de alergia o intolerancia?

SÍ

NO

2. ¿Padece alguna enfermedad crónica?

SÍ

NO

En caso afirmativo, indique a qué y adjunte informe médico actualizado:

.....  
.....

3. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SÍ

NO

En caso afirmativo, Indique de qué:

.....  
.....

4. En la actualidad, ¿precisa de alguna medicación o cuidado especial?

.....  
.....

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Padre / tutor: .....

.....

Madre / tutora: .....

.....

Abuelos paternos: .....

.....

Abuelos maternos: .....

.....

Otros datos que crea que debemos conocer sobre la salud de su hijo/a:

.....

.....

.....



- Autorizamos al Colegio Parentes San Rafael Arcángel para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a la salud de nuestro hijo que ahora les facilitamos o que les facilitemos durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.
- Autorizamos al Colegio Parentes San Rafael Arcángel para que facilite nuestros datos de contacto (nombre y apellidos de los padres e hijo, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) al servicio de enfermería escolar, al centro médico de atención primaria, a los servicios sanitarios de emergencia, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en caso de que nuestro hijo sufra algún accidente escolar para su tratamiento.

Firma del padre o tutor legal

Firma de la madre o tutora legal

.....

.....

**Ambas firmas obligatorias\***

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

(\*)Es obligatoria la firma de ambos progenitores o tutores. En caso de que sólo sea posible la firma de uno de ellos, el firmante deberá adjuntar una Declaración Responsable en la que manifieste el motivo por el que sólo él/ella firma la solicitud.

**Información básica sobre protección de datos:**

Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el arriba firmante autoriza y queda informado de la incorporación de los datos facilitados al fichero titularidad del Colegio San Rafael, con N.I.F. B13863857, cuya finalidad es la de gestionar el servicio solicitado y queda informado de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a dichos datos personales, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante comunicación escrita a la Secretaría del Centro ubicada en C/ Otero y Delage 105, 28035, Madrid, o por correo electrónico a [dpd@sanrafaelmadrid.es](mailto:dpd@sanrafaelmadrid.es), incluyendo la siguiente información: nombre, apellidos y fotocopia del D.N.I. o Pasaporte, derecho que desea solicitar y contenido de su petición, así como domicilio a efectos de notificaciones.