

**Ficha médica Programa de Intercambio Cultural
Gesundheitskartei für den Schüleraustausch**

DATOS DEL/LA ESTUDIANTE / ANGABEN DES SCHÜLERS-DER SCHÜLERIN

Nombre y apellido <i>Vor- und Familienname:</i>		Fecha nacimiento <i>Geburtsdatum</i>
Pasaporte <i>Passnummer:</i>	Dirección <i>Adresse</i>	
Altura <i>Größe</i>	Peso <i>Gewicht</i>	Año escolar en curso <i>Schuljahr</i>

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS/KONTAKT FÜR DEN NOTFALL:

Teléfono <i>Telefon</i>	Relación <i>Verwandschaft mit dem Schüler</i>
----------------------------	--

Por favor, marque en la columna que corresponda. Si responde **SÍ**, describa en la última hoja de esta ficha. La/el alumna/o tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías: *Kreuzen Sie bitte entsprechend JA oder NEIN an. Wenn Sie JA angekreuzt haben, benutzen Sie bitte die letzte Seite für weitere Ausführungen. Die Schülerin/der Schüler leidet bzw. litt in der Vergangenheit an folgenden Krankheiten oder Verletzungen:*

								SÍ / JA	NO / NEIN
Alergias (Si su respuesta es SÍ , liste en la última hoja las mismas. Incluya alergias a picaduras de insectos, plantas, comidas y/o medicamentos.) <i>Allergien</i> (Wenn Sie JA angekreuzt haben, zählen Sie diese bitte auf der letzten Seite auf. Nennen Sie bitte Allergien auf Insektenstiche, Pflanzen, Nahrungsmittel und/oder Medikamente.)									
Alimentos: ¿Tiene restricciones alimentarias? Especificar cuales (vegetariano, vegano, etc.)? <i>Nahrungsmittel:</i> Unterliegt die Schülerin/der Schüler Nahrungsrestriktionen? Welchen?									
Lesiones de columna <i>Wirbelsäulenverletzungen</i>									
Problemas respiratorios <i>Atemprobleme</i>									
Asma <i>Asthma</i>									
Diabetes <i>Diabetes</i>									
Enfermedades cardíacas <i>Herzkrankheiten</i>									
Lesiones en la cabeza, pérdida del conocimiento <i>Kopfverletzungen, Bewusstseinsverlust</i>									
Epilepsia <i>Epilepsie</i>									
Convulsiones Si la respuesta es SÍ , qué las provoca <i>Konvulsionen</i> Wenn Sie JA angekreuzt haben: Wodurch werden sie verursacht									
Problemas gastrointestinales <i>Gastrointestinale Beschwerden</i>									
Hemorragias o enfermedades en la sangre <i>Blutungen oder Blutkrankheiten</i>									
Hipotensión – Hipertensión <i>Niedriger oder hoher Blutdruck</i>									

Hepatitis u otras enfermedades del hígado <i>Hepatitis oder andere Leberkrankheiten</i>		
¿El/la alumno/a está bajo tratamiento médico? <i>Befindet sich der Schüler/die Schülerin unter ärztlicher Behandlung?</i>		
Medicamentos: Especifique en qué casos suministrarlo y en qué cantidad. Indique si tiene efectos colaterales*. Medikamente: <i>Beschreiben Sie bitte, wann und in welcher Dosis diese eingenommen werden sollen. Geben Sie bitte Nebenwirkungen an*</i>		
¿Posee alguna otra condición que pudiera afectar su salud? Completar en la última hoja. Bestehen sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen? <i>Bitte auf der letzten Seite angeben.</i>		
¿Tiene alguna limitación en las actividades cotidianas? Bestehen Beschränkungen im Alltag?		
¿Sabe nadar? Kann er/sie schwimmen?		
Fecha de su última vacunación antitetánica: Datum der letzten Tetanusschutzimpfung:		
Fecha vacunación Covid, indicar cuántas dosis y cuál: Datum der Covid-Impfung		
Fecha vacunación Sarampión: Datum der Masern-Impfung		
Esta ficha tienen carácter de declaración jurada y faltar a la verdad en esta declaración puede poner en riesgo la vida de su hijo/a. <i>Diese Kartei ist eine eidesstattliche Erklärung und unrichtige Daten können die Gesundheit Ihres Kindes gefährden.</i>		
¿Cómo describiría usted la salud de su hija/hijo? Wie schätzen Sie die Gesundheit Ihres Kindes ein?		
Otras características que desee indicar/ Weitere Angaben, die Sie für wichtig halten.		
*Los/Las alumnos/as deben llevar los medicamentos de uso sistemático como aquellos que utilizan eventualmente. <i>Die Schülerinnen und Schüler müssen die Medikamente dabei haben, die sie systematisch oder eventuell einnehmen.</i>		

Con mi firma, declaro que la información provista en esta ficha es correcta y verdadera.
Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass die Angaben richtig und wahr sind.

Firma y aclaración
Responsable parental
*Unterschrift und Name
Erziehungsberechtigte/r*

Tipo y Nº de documento
Responsable parental
*Passnummer
Erziehungsberechtigte/r*

Fecha
Datum