

Ficha médica Programa de Intercambio Cultural <i>Gesundheitskartei für den Schüleraustausch</i>									
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: <i>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:</i>									
								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.) Allergien (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.)? Nahrungsmittel: Unterliegt die Schülerin/der Schüler Nahrungsrestriktionen? Welchen?									
Lesiones de columna Wirbelsäulenverletzungen									
Problemas respiratorios Atemprobleme									
Asma Asthma									
Diabetes Diabetes									
Enfermedades cardíacas Herzkrankheiten									
Lesiones en la cabeza, pérdida del conocimiento Kopfverletzungen, Bewusstseinsverlust									
Epilepsia Epilepsie									
Convulsiones Si la respuesta es SÍ , qué las provoca Konvulsionen Wenn Sie JA angekreuzt haben: Wodurch werden sie verursacht									
Problemas gastrointestinales Gastrointestinale Beschwerden									
Hemorragias o enfermedades en la sangre Blutungen oder Blutkrankheiten									
Hipotensión – Hipertensión Niedriger oder hoher Blutdruck									

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		
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