



Nombre y apellidos:		Curso:	Grupo:	Tutor/a grupo:			
Alergia o patología y medidas preventivas (especificar con detalle)				<u>FOTO</u>			
SÍNTOMAS QUE PRESENTA EN CASO DE REACCIÓN ALÉRGICA O PATOLÓGICA (marca con una x)							
<input type="checkbox"/>	CUTÁNEOS	<input type="checkbox"/>	DIGESTIVOS	<input type="checkbox"/>	RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	ANAFILÁCTICOS
<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Rinitis, tos, pitos	<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	Angioedema	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Hipotensión
<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	Aversión alimentaria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Síncope
Otros síntomas:							
Persona de contacto 1. Teléfono:				Nombre:			
Persona de contacto 2. Teléfono:				Nombre:			
Persona de contacto 3. Teléfono:				Nombre:			
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE REACCIÓN ALÉRGICA O PATOLÓGICA							
En primer lugar:							
En segundo lugar:							
En tercer lugar:							
¿Es necesario hacer algo más?							
Nombre del padre:				Nombre de la madre:			
Firmado:				Firmado:			



Castilla-La Mancha

