

Dott. FABIO ELVIO FARELLO
MEDICO FIDUCIARIO DELLA SCUOLA GERMANICA ROMA
OMEOPATIA AGOPUNTURA
Viale Medaglie d'Oro 199 00136 Roma Tel.: 06.35454457 - 06.35496655

Nome : Classe :

Si invitano i genitori a fornire le seguenti notizie necessarie per la compilazione della cartella sanitaria individuale, per la prevenzione di malattie e l'eventuale trattamento delle urgenze. Si prega di inviare il modulo debitamente compilato e in busta chiusa a me intestata. Le informazioni richieste sono considerate riservate, vincolate al segreto professionale e verranno custodite in archivi di sicurezza. L'unica persona che avra' accesso e responsabilita' su tali dati oltre, a me stesso, è l'infermiera della scuola. Si prega inoltre di allegare una fotocopia dei referti diagnostici o delle cartelle cliniche dell'alunno\va quando rilevanti.

Madre :
(cognome e nome) (luogo e data di nascita)

Professione:.....

Indirizzo:.....

Telefoni :

Malattie presenti o passate sofferte :

.....

Padre :
(cognome e nome) (luogo e data di nascita)

Professione:.....

Indirizzo :

Telefoni :

Malattie presenti o passate sofferte :

.....

Fratelli dell'alunno\va e le loro malattie :

.....

.....

Ulteriori riferimenti telefonici per eventuali urgenze :

.....

Nome e Telefono del medico curante :

.....

Notizie riguardanti direttamente l'alunno

ASL di residenza

Parto spontaneo..... o cesareo..... o con forcipe..... peso alla nascita:.....

allattamento: materno..... artificiale..... ha cominciato a parlare a mesi.....

ha iniziato a camminare a mesi..... altri problemi alla nascita :.....

Ha sofferto le seguenti malattie: (sottolineare) varicella, morbillo, rosolia , scarlattina, tosse convulsa, orecchioni epatite virale , asma bronchiale, vizi cardiaci, soffi, collassi, convulsioni.

Altre malattie:.....

Ha subito interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri?

Ha subito iniezioni di siero o trasfusioni :

E' ricorso a visite specialistiche (cardiologo, neurologo, ecc) ?.....

Assume i seguenti farmaci :

Allergie :

Allergie a farmaci :

Gruppo sanguineo : Fattore Rh :

Segnalazioni particolari :

Data.....

Firma.....