



## MODULO AUTORIZZAZIONE VISITE PEDIATRA

Salve,  
sono la Dottoressa \_\_\_\_\_, Pediatra referente del Vostro Asilo Nido.  
Il mio compito sarà quello di valutare periodicamente il benessere psico-fisico dei vostri bambini, ferma restando la centralità del Pediatra di Famiglia nel monitoraggio del loro stato di salute.  
Vi chiedo quindi l'autorizzazione a sottoporre Vostro/a figlio/a a visite mediche, in caso di necessità, in presenza delle educatrici.  
In caso di mancata autorizzazione alla visita medica, il rapporto con il minore sarà esclusivamente di tipo amministrativo sanitario.

Cognome e nome del bambino/a \_\_\_\_\_

Cognome e nome del/i genitore/i-tutore/i \_\_\_\_\_

AUTORIZZO LE VISITE MEDICHE       SÌ       NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Vi chiedo, inoltre, la cortesia di riempire i campi sottostanti con alcune informazioni fondamentali sulla salute di Vostro/a figlio/a.

Il/La bambino/a è nato/a a termine? \_\_\_\_\_  
Ha sempre presentato crescita staturo-ponderale regolare? \_\_\_\_\_ In caso negativo, sono state effettuate indagini di approfondimento in merito?

A che età ha pronunciato le prime paroline? \_\_\_\_\_ I primi passi? \_\_\_\_\_

Presenta allergie note a  
alimenti? \_\_\_\_\_  
farmaci? \_\_\_\_\_  
altro? \_\_\_\_\_

Ha mai necessitato di ricovero ospedaliero? \_\_\_\_\_  
Se sì, indicare il motivo \_\_\_\_\_

E' affetto da patologie croniche? \_\_\_\_\_ Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_

Soffre in maniera ricorrente di patologie:      - respiratorie \_\_\_\_\_  
- gastrointestinali \_\_\_\_\_  
- cutanee \_\_\_\_\_  
- genito-urinarie \_\_\_\_\_  
- altro \_\_\_\_\_

Assume farmaci in maniera cronica? \_\_\_\_\_  
Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_ A quale dosaggio? \_\_\_\_\_

Cordiali saluti,

Dott.ssa \_\_\_\_\_