

FICHA DE SALUD ESCOLAR

Esta ficha de salud pretende aportar información al servicio de Enfermería del colegio para llevar a cabo una atención primaria de calidad, durante el horario escolar y dentro del centro. Esta ficha será imprescindible para la atención de cuidados sanitarios del alumno/a.

Se hará entrega de esta ficha directamente a la enfermera. Si necesitan entregar informes y/o documentación sanitaria de interés deben hacerlo directamente a ella. Esta información es confidencial y pasará a formar parte de la Historia de Salud Escolar del alumno."

Si durante el curso hubiera alguna modificación en los datos aportados, se ruega hacerla llegar al Departamento de Enfermería.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaa) Curso Etapa

Contacto y Datos FAMILIARES / TUTORES LEGALES

Nombre Madre/Tutora Legal DNI

Móvil Tlf. Urgencias Tlf. Fijo

Correo Electrónico

Nombre Padre/Tutor Legal DNI

Móvil Tlf. Urgencias Tlf. Fijo

Correo Electrónico

Datos de Salud del Alumno

	SI (*)	NO	(*) Observaciones/detalle/tratamiento en caso de urgencias
Alergia a medicamentos y/o excipientes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alergias Alimentarias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Intolerancia Alimentaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otras Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Problemas de salud (Marque con una cruz)

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Trastornos por déficit de atención |
| <input type="checkbox"/> Celiaquía | <input type="checkbox"/> Otros | |

Medicación

¿Toma medicación a diario?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí, en casa	<input type="checkbox"/> Sí, en el colegio
Especificar:.....			Dosis: <input type="text"/>
¿Trae medicación de urgencia al colegio?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	
Especificar:.....			Dosis: <input type="text"/>

D./D^a DNI

después de haber leído y entendido el protocolo del servicio de enfermería:

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

Al personal de enfermería del colegio Salesianos Atocha a:

1. A que mi hijo sea atendido y valorado por el servicio de enfermería.
2. Administrar la medicación de tratamientos crónicos o puntuales pautado por el médico.
NO SE ADMINISTRARÁ SIN INFORME MÉDICO
3. Administrar la medicación de urgencias y necesidad de la que dispone la enfermería. (Ver protocolo).
4. Al posible traslado a un centro de atención sanitaria en el caso de no poder contactar con el responsable del menor.

Madrid, de de 20

Firma Madre/Padre/Representante Legal:

INFORMACION PROTECCION DE DATOS

Responsable del Tratamiento: COLEGIO SALESIANOS ATOCHA.

Legitimación del tratamiento: Consentimiento del interesado y necesidad para proteger intereses vitales del interesado.

Fin del tratamiento: Conocer datos de salud del alumno que permitan actuar con prontitud y diligencia.

Conservación de los datos: Los datos recopilados en el presente documento se conservarán mientras el alumno siga matriculado en el centro.

Comunicación de los datos: No se comunicarán datos a terceros.

Derechos que asisten al Interesado: Retirar el consentimiento en cualquier momento; acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento; a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO SALESIANOS ATOCHA, Ronda de Atocha, 27-28012 Madrid o a través de correo electrónico a info@salesianosatocha.com, junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".