



Estimados padres: Con motivo de la implantación del servicio de enfermería en el colegio, os solicitamos para los que lo crean necesario, rellenar el informe de datos relativos a problemas de salud de vuestro hijo/a. Estos datos serán de **acceso y uso exclusivo** del personal sanitario, que en este momento desempeña la empresa CAPIM. Así mismo os adjuntamos el formulario que debéis traer **cuando sea necesaria** la administración de medicamentos prescritos por el médico, en caso de enfermedad ya sea crónica o aguda (temporal). (Tendréis una copia permanente a vuestra disposición en la página web: <http://elplarmaristas.org> de estos documentos y un formulario para los que padezcan enfermedad crónica o convulsiva).

Estos documentos deben entregarse al servicio de enfermería directamente.

La dirección & CAPIM.

|   |
|---|
| <b>Nombre y apellidos del alumno:</b> _____ <b>Etapa</b> _____ <b>Curso</b> _____ |
| <b>Telefono/s de contacto:</b> _____ / _____ / _____                              |

### ANTECEDENTES

- Alergias (medicamentos, alimentos y otras) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Enfermedades crónicas \_\_\_\_\_

- Accidentes, fracturas y/o intervenciones quirúrgicas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Otros:

### FARMACOS:

**OBSERVACIONES:** (Adjuntar informes especialista médico si procede)

### **CLAUSULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, se le informa de que los datos personales que sean facilitados, así como los obtenidos durante la realización de los servicios médicos prestados serán incluidos en un fichero cuyo titular y responsable es el Colegio EL Pilar Maristas. La recogida y tratamiento de dichos datos es de uso exclusivo del personal sanitario y tiene como finalidad la prestación de la primera asistencia de carácter sanitario siempre, a juicio de la facultativa que trabaja en el Centro Escolar El Pilar HH Maristas. Con la firma del presente documento, Vd. declara que ha sido informado de los extremos contenidos en él y consiente de forma expresa a que los datos personales sean tratados por el Colegio EL Pilar Maristas para las finalidades anteriormente indicadas. Si no proporciona los datos solicitados, o se opone a su tratamiento, no se podrá efectuar la prestación de los servicios sanitarios descritos. Usted podrá en todo momento ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos personales, mediante comunicación, en la forma legalmente prevista, firmada y remitida a: Colegio EL Pilar Maristas. C/Rafael Alberti nº 5, 50018. Zaragoza

Fdo: Padre, madre o Tutor



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Zaragoza a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

D. \_\_\_\_\_ y DÑA. \_\_\_\_\_, padres del alumno/a \_\_\_\_\_, siendo conocedores de la enfermedad que padece nuestro/a hijo/a que cursa actualmente \_\_\_\_\_ curso de Educación \_\_\_\_\_, autorizamos a la persona que desempeña el servicio de enfermería (titulada acreditada) para que suministre a mi hijo/a el medicamento \_\_\_\_\_, siguiendo la instrucciones dadas por nosotros y exonerando al Colegio El Pilar Maristas y a la persona que presta el servicio de cualquier responsabilidad que pudiese derivarse de su actuación.

**Aportamos al efecto, también, certificado médico o receta.**

Firma PADRE, MADRE o TUTOR



## A LA DIRECCIÓN DEL COLEGIO EL PILAR

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, domicilio en \_\_\_\_\_, Tlf.: \_\_\_\_\_, como padre/madre o tutor/a del alumno/a: \_\_\_\_\_ escolarizado/a en EL COLEGIO EL PILAR MARISTAS comunico a la Dirección del Centro, que mi hijo/a puede presentar crisis convulsivas del tipo \_\_\_\_\_, precisando atención y auxilio en caso de presentarse dichas crisis así como de la administración del medicamento \_\_\_\_\_, prescrito por el neurólogo o pediatra para tales ocasiones (Adjuntan Informe).

Del mismo modo declaro haber sido informado sobre:

- Las medidas a tomar en caso de presentarse una crisis convulsiva.
- Los riesgos de la administración de este medicamento (\_\_\_\_\_) en el medio escolar y por personal no sanitario.
- Igualmente han sido informados el profesor y tutor que intervienen con el alumno.

Una vez comprendido todo lo anterior, **el padre/madre SOLICITO y a su vez AUTORIZO** a D./D<sup>ña</sup>. \_\_\_\_\_ o personal responsable del alumno en ese momento, a la administración del medicamento \_\_\_\_\_ en las dosis y pautas prescritas por el neurólogo o pediatra que realiza el seguimiento del niño/a, quedando el Centro y todo su personal **EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.**

El padre/madre dejo un teléfono de contacto para ser informado de cualquier eventualidad, quedando el Centro autorizado al traslado del alumno/a a un Centro sanitario si no se le localiza a la mayor brevedad.

En Pinto a \_\_\_\_ de septiembre de 2010

Firma del padre

Firma de la madre

Firmado: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

Teléfono de urgencias: 061/112