

FICHA DE SALUD ESCOLAR

Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Curso: ___-___ Etapa: _____

Tfnos. contacto: _____/_____/_____

Antecedentes.

Alergias: Sí No **Intolerancias:** Sí No

-Medicamentos: _____

-Alimentos: _____

-Otras: _____

Enfermedades: Sí No

Tratamiento médico: Sí No (Si su hijo/a toma medicación habitual o puntual indique cuál y cantidad)

Medicación	Dosis	Pauta

Intervenciones quirúrgicas: Sí No (Indicar tipo y fecha)

Dietas: Sí No

Cuidados de enfermería a tener en cuenta: Sí No (Indicar tipo y fecha)

Antecedentes familiares:

Observaciones: Adjuntar informe médico si procede

HOJA DE INSCRIPCIÓN EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA.

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de Datos de Carácter personal (LOPD), expresamos NUESTRO CONSENTIMIENTO y AUTORIZAMOS al servicio de enfermería del Colegio El Pilar Maristas de Zaragoza para el tratamiento de los datos de salud y en caso necesario la administración de medicación.

La presente autorización tendrá validez durante todo el periodo de escolarización del alumno en el centro o hasta que se solicite la baja por escrito del servicio de enfermería.

Nombre y Apellidos del padre/o tutor legal:

Nombre y Apellidos de la madre/o tutor legal:

Firma:

Firma:

En Zaragoza a ____ de _____ de 201__

*** La administración de medicamentos orales puntuales, se realizará siempre previa consulta telefónica.**

*** En caso de administración de medicación por enfermedad ya sea crónica o transitoria será necesario aportar informe médico y receta.**

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 de salud 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 Maristas de Zaragoza. 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: secretaria@elpilarmaristas.org . Colegio EL Pilar Maristas. C/Rafael Alberti nº 5, 50018. Zaragoza

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

D./Dña. _____,
padre/madre del alumno/a

_____ Curso _____,

autorizo a que se le administre a mi hijo/a la siguiente medicación según prescripción
médica:

MEDICAMENTO	VIA(oral, inhalada, tópica)	DOSIS	HORA

DURACION DEL TRATAMIENTO: desde el día _____ hasta el día _____ inclusive

Adjunto:

Informe médico o copia de la receta, presentación **IMPRESINDIBLE**.

Medicación en su envase original para que se quede en el colegio mientras
dure el tratamiento (*)

Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a
casa(*)

Fecha y Firma

(*)La medicación será custodiada única y exclusivamente por el servicio de enfermería. El horario de
entrega y recogida es de 9- 16:55h.