

Si lo prefiere puede completar este formulario online en:

<https://schoolnurses.typeform.com/to/S4rOnt?>



Autorización para la asistencia,
consentimiento informado y toma de
datos:

Servicio Enfermería Escolar



Yo D/Dña. _____ con DNI _____,
como madre/padre/tutor de **Nombre alumno/a** _____,
curso, _____ letra ____ de _____ autorizo a que mi hijo/tutelado sea atendido y valorado/a por el
servicio de enfermería del centro escolar y que la colecta y almacenamiento de sus datos personales de
salud, necesarios para el correcto funcionamiento de este servicio de prevención y cuidado pueda ser
llevado a cabo correctamente, así como a que se realicen encuestas o estudios sobre hábitos de salud con
fines de investigación siempre que sean almacenados, gestionados, administrados o estudiados de forma
confidencial, privada y anonimizada.

Así mismo, declaro haber completado de la forma más rigurosa y veraz de la que a la fecha dispongo, la
información requerida en la **FICHA DE SALUD ESCOLAR**, datos que completo de forma voluntaria, y que
considero relevante transmitir a la fecha sobre la salud de mi hijo/a/tutelado.

SI NO autorizo al Servicio sanitario escolar, en caso de fiebre o dolor agudo (traumatismos, cefalea,
dolor menstrual, etc.) a administrar analgésicos y/o antitérmicos.

Me comprometo así mismo a comunicar cualquier cambio futuro relevante sobre la salud de mi
hijo/a/tutelado.

Firma:

Fecha de toma de datos*:

* Esta encuesta podrá solicitar que sea actualizada anualmente,
o con mayor frecuencia en casos concretos y por razones médicas.

Esta información cedida sólo será accesible por el personal sanitario y será intransferible. Toda la información que nos facilite será tratada de forma confidencial, especialmente los datos de salud, estando todos los facultativos y el personal de la plantilla obligados a guardar el debido secreto y confidencialidad sobre su contenido, de conformidad con la Ley 14/1986, General de Sanidad y en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos así mismo que sus datos personales serán tratados por el servicio de enfermería escolar suministrado por Educación para la Salud s.l. (Schoolnurses@), quien como encargado del tratamiento los incorporará en ficheros con la finalidad de gestionar la prestación del servicio asistencial requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del servicio. Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que, de no facilitarlos no será posible la prestación del servicio. Ud. podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación o eliminación en cualquier momento mediante comunicación por escrito con este servicio.

Por favor complete el formulario lo mejor que pueda. Si hay preguntas que no sabe o no quiere contestar déjelas en blanco.

Nombre del alumno: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F. de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____
---------------------------------	--	-------------------------------------

Contacto y datos FAMILIARES/TUTORES

Nombre Madre: _____	DNI/ID:	_____
Movil: _____	Email: _____	
Nombre Padre: _____		
Movil: _____	Email: _____	
Tutor o autorizado: _____		Relación: _____
Movil: _____	Email: _____	

Antecedentes médicos y/o patologías Crónicas

SI (*)	NO	Observaciones/detalle/tratamiento en caso de urgencia *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Requiere medicación, tratamiento para controlar los síntomas?

Completar sólo si ha respondido SI a las anteriores preguntas.

SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO	SI (*)	NO	¿Cuales?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otros que quiera comunicarnos

Si ha contestado SI a alguna de estas preguntas, el enfermero/a se pondrá en contacto para confirmar tratamientos, y deberá (*) presentar copia del informe médico, prescripciones y/o recetas debidamente firmadas por el facultativo, a este/a para su correcto registro y archivo y coordinación en caso de necesidad.

Vacunación Comunidad Autónoma ¿tiene las dosis de vacunación previstas al día?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC	Vacunación no incluida en calendario oficial ¿ha sido vacunado contra?:	<input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Meningitis B <input type="checkbox"/> Neumococo <input type="checkbox"/> Otras
--	--	---	---

Nombre, DNI, y Firma como representante del menor:

Fecha de toma de datos*:

(En caso de tener más de un hijo/tutelado en el centro, por favor se le ruega completar un formulario por cada hijo/tutelado)