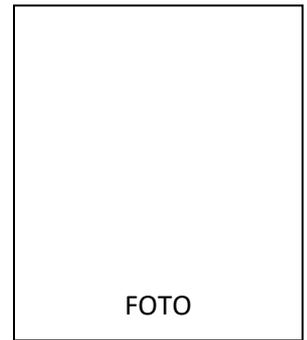




Curso _____ / _____

SERVICIO MÉDICO FICHA SANITARIA



APELLIDOS

NOMBRE SEXO: Hombre Mujer

FECHA DE NACIMIENTO EDAD

NIVEL ACADÉMICO EN ESTE CURSO:

Nivel: ED. INFANTIL ED. PRIMARIA. E.S.O. BACHILLERATO.

Curso: 1° 2° 3° 4° 5° 6°

Grupo: A B C

¿Es alumno de comedor? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es alumno de guardería? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mes de Inicio: SEPT: <input type="checkbox"/> OCT: <input type="checkbox"/>	Mes de Inicio: SEPT: <input type="checkbox"/> OCT: <input type="checkbox"/>

DOMICILIO: DIRECCIÓN

POBLACIÓN..... C.P..... TF.....

SU NÚCLEO FAMILIAR LO COMPONEN:

HERMANOS EN EL CENTRO:

Nombre	Curso	Grupo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EN CASO DE NECESIDAD, PÓNGANSE EN CONTACTO CON:

Nombre	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias no medicamentosas (polen, insectos, alimentos...) **ADJUNTAR INFORME MÉDICO**

Alergias a medicamentos **ADJUNTAR INFORME MÉDICO**

Tratamientos habituales.

Antecedentes personales de interés:

Enfermedades pasadas o intervenciones quirúrgicas:

- Soplo cardiaco
- Asma En tratamiento actualmente Si No
- Diabetes
- Déficit auditivo
- Epilepsia En tratamiento actualmente Si No
- Convulsiones febriles En tratamiento actualmente Si No
- Utiliza lentes correctoras
- Miopía
- Hipermetropía
- Astigmatismo
- Estrabismo
- Dolores de cabeza frecuentes
- Migrañas En tratamiento actualmente Si No
- Dolor abdominal frecuente
- T.déficit de atención/hiperactividad En tratamiento actualmente Si No
- Enf. Celiaca

Me comprometo a comunicar al Servicio médico del Centro la información sobre la salud de mi hijo/a con respecto a:

- Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.
- Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos (adjuntando informe médico).
- En caso de que mi hijo/a sufra una enfermedad importante, me comprometo a presentar personalmente al Servicio médico del Centro el informe confidencial de mi hijo/a así como a tenerle informado de cualquier evolución relacionada con su patología.
- Declaro depositar si fuera necesario, los medicamentos con una fotocopia de la correspondiente receta y el informe médico.
- En caso de que mi hijo/a presente un cuadro médico particular, me comprometo con ocasión de un viaje o visita escolar a entregarles dicha información confidencial en sobre cerrado a sus profesores/tutores, que sólo se abriría en caso de necesidad.
- Autorizo al Servicio Médico, la Dirección del Colegio Santa María del Bosque y a los acompañantes a tomar las medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mi hijo/a. Esta autorización es también válida para todas las salidas y viajes escolares en los que pudiera participar.

Consentimiento

D/Dña: _____

Con D.N.I. _____ Padre/Madre/Representante legal del alumno

CONSIENTO NO CONSIENTO

que mi hijo/a sea asistido/a y tratado/a por el Servicio Médico del colegio, siguiendo el buen criterio del facultativo, y a tenor de los datos referidos en esta ficha; siendo informado al respecto cuanto antes.

- Autorizamos a COLEGIO STA. MARÍA DEL BOSQUE para que puedan trasladar a nuestro hijo a un centro hospitalario en caso de urgencia o necesidad.
- Autorizamos ESCOLAR CERVERA, S.A., titular del COLEGIO STA. MARÍA DEL BOSQUE para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a la salud de nuestro hijo que ahora les facilitamos o que les facilitemos durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.
- Autorizamos a ESCOLAR CERVERA, S.A. para que facilite nuestros datos de contacto (nombre y apellidos de los padres e hijo, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) así como los datos médicos o de salud que nos puedan ser requeridos por su relevancia al centro médico de atención, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en caso de que nuestro hijo sufra algún accidente escolar para su tratamiento.

Información básica sobre protección de datos

Conforme al nuevo **REGLAMENTO (UE) 2016/679 General de Protección de Datos – (RGPD)** le facilitamos la información indicada a continuación: **Responsable:** ESCOLAR CERVERA, S.L., titular del COLEGIO STA. MARÍA DEL BOSQUE; **Finalidad:** prevención y prestación del servicio médico y de asistencia sanitaria cuando sea necesaria. Localización en casos de urgencia; **Legitimación:** consentimiento expreso del interesado, DA 23º LOE y normativa de desarrollo, ejecución de un contrato e interés legítimo conforme al artículo 6.1.f) del RGPD y protección de intereses vitales; **Destinatarios:** a la información recogida en este documento solo tendrá acceso la facultativa del centro. No obstante, en los casos en que la facultativa lo considere necesario y/o cuando se hayan de tomar medidas urgentes, los profesores y/o tutores del alumno podrán ser informados verbalmente. No se cederán datos a terceros, salvo en los casos autorizados en esta ficha y salvo en los casos de obligación legal o previa autorización de los afectados; **Derechos:** revocar su consentimiento, acceder y rectificar sus datos y demás derechos, como se explica en la información adicional; Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.smbosque.es/proteccion-de-datos.

En Madrid a de de

Fdo. Fdo.

Primer Tutor

Segundo Tutor