



COLEGIOS
SANTA MARIA DEL BOSQUE



PRIVADO CONCERTADO
EDUCACIÓN INFANTIL
PRIMARIA Y ESO
BACHILLERATO PRIVADO



28014491

CIRCULAR Nº 2-2023-2024

Madrid, 4 de septiembre de 2023

Estimadas familias:

Bienvenidos/as al nuevo curso, con ilusión y ganas de dar lo mejor de cada uno de nosotros/as.

De nuevo, reincorporada en el colegio.

Necesito vuestra colaboración para actualizar los alumnos que tienen alergias o intolerancias alimentarias, además de enfermedades a tener en cuenta tanto en el centro educativo como actividades fuera (excursiones, viajes,...). Por ello ruego me remitáis por correo electrónico el último informe médico actualizado junto con la ficha médica adjunta de aquellos alumnos que tengan alergias o intolerancias alimentarias, además de enfermedades a tener en cuenta.

Los alumnos que necesiten tomar medicación en el colegio (ej: para el asma o alergias...), es necesario traerlo con el nombre del alumno y el curso, además del informe médico. Lo pueden dejar en la recepción de los respectivos colegios junto con la autorización de administración de medicamentos adjunta.

P.D. COMO EL COMEDOR SE INICIA EL DÍA 6 DE SEPTIEMBRE ES NECESARIO TENER INFORMACIÓN DE LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS ANTES DE ESE DÍA.

Un saludo y quedo a su entera disposición para cualquier duda o aclaración.

Dra. Mercedes Fernández Dávila

Mail: merchefd@smbosque.es

TF:686409492

Sin otro particular y deseándoles una MUY FELIZ VUELTA AL COLE, les saluda atentamente.

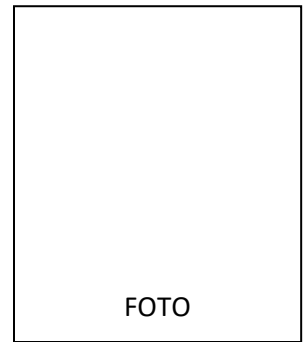


Mercedes Fernández Dávila
Servicio Médico



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



**COLEGIOS
SANTA MARIA DEL BOSQUE**

Cambridge English
Exam Preparation Centre

CONCERTADO
EDUCACIÓN INFANTIL
PRIMARIA Y ESO
BACHILLERATO PRIVADO

 **CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
JUVENTUD Y DEPORTE**
Comunidad de Madrid
28014491

SERVICIO MÉDICO

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO

El abajo firmante D/D^a _____ padre/madre/tutor
del alumno/a _____ del curso _____

AUTORIZA a su tutor/a D/D^a _____ y/o facultativo de este
centro a administrar la medicación que entrega, según la posología señalada más abajo:

Fecha/s para su administración _____

Hora/s _____

Nombre del medicamento _____

Dosis (Cantidad) _____

Se adjunta informe médico con las pautas de administración de medicamentos.

Fecha _____ Firmado _____

(Se ruega rellene esta solicitud con letra clara especificando al máximo la dosis)

Asumiendo, con esta autorización, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y
eximiendo de responsabilidades al centro y a quienes lo dispensen en su nombre.