

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, 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.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	ANDEL PROMOCIONES EDUCATIVAS S.A. (ANDEL)
Finalidad	Prevención y prestación de asistencia sanitaria cuando sea necesaria. Localización en casos de urgencia.
Legitimación	Consentimiento expreso del interesado. DA 23ª LOE y normativa de desarrollo. Ejecución de un contrato. Interés legítimo. Protección de intereses vitales.
Datos	Todos los datos que se le solicitan son de cumplimentación obligatoria por resultar necesarios para la prestación del servicio, de manera que, de no facilitarlos no será posible la prestación del mismo.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros salvo en los casos de obligación legal y a Educación para la Salud, S.L. (School Nurses), a través de la cual ANDEL presta su servicio de enfermería. Puede consultar su Política de Privacidad en http://www.schoolnurses.es/politica-de-privacidad/ . Los datos facilitados sólo serán accesibles por el personal sanitario. Toda la información será tratada de forma confidencial 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.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://andel.es/informacion-proteccion-datos/

¹ 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 *
Alergia a medicamentos y/o excipientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intolerancia alimenticia	<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
Otras Alergias (Polen, ácaros, picaduras, latex, animales, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Problemas respiratorios (asma, Bronquitis de repetición, inmadurez pulmonar, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Problemas digestivos (estreñimiento, parasitosis, reflujo, gases, indigestión...)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Problemas neurológicos (convulsiones febriles, epilepsia, TDAH, cefaleas, migrañas, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuales?
Problemas cardíacos (soplo, arritmias, estenosis, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detallar
Trastornos de espectro autista (generales del desarrollo, síndrome de Asperger, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detallar
Trastornos de movimiento (escoliosis o cifosis, pies planos, problemas articulares, musculares, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detallar
Intervenciones quirúrgicas realizadas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI (*) <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detallar

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?

- SI
 NO
 NS/NC

Vacunación no incluida en calendario oficial
¿ha sido vacunado contra?:

- Rotavirus Varicela Meningitis B
 Neumococo 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)