



FICHA SANITARIA

INF <input type="checkbox"/>	PRI <input type="checkbox"/>	ESO <input type="checkbox"/>	BCH <input type="checkbox"/>	CURSO 2024 - 2025
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------

NOTA LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA FICHA TIENEN VALIDEZ SUPERIOR A UNO CURSO ACADÉMICO, POR LO QUE ROGAMOS QUE CUALQUIER MODIFICACIÓN QUE PUDIERA SUCEDER SEA COMUNICADA AL GABINETE MÉDICO enfermeria@agustiniano.es

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	HERMANOS/AS EN EL CENTRO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1º PERSONA DE CONTACTO	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A	MÓVIL DE CONTACTO	
2º PERSONA DE CONTACTO	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A	MÓVIL DE CONTACTO	
3º PERSONA DE CONTACTO	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A	MÓVIL DE CONTACTO	

ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES PASADAS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

ALERGIAS NO MEDICAMENTOSAS (POLEN, INSECTOS, ALIMENTOS)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

TRATAMIENTOS HABITUALES

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> UTILIZA LENTES CORRECTORAS | <input type="checkbox"/> DÉFICIT AUDITIVO | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> MIOPIA | <input type="checkbox"/> T. DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO |
| <input type="checkbox"/> HIPERMETROPÍA | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA O CONVULSIONES FEBRILES | <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL |
| <input type="checkbox"/> ASTIGMATISMO | <input type="checkbox"/> DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O MIGRAÑAS | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> ESTRABISMO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA | |

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO Y ASISTENCIA MÉDICOS

EL GABINETE MÉDICO DEL COLEGIO REALIZA UN RECONOCIMIENTO MÉDICO ORIENTADO A LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD. DICHO RECONOCIMIENTO NO PRETENDE SUSTITUIR A LOS REALIZADOS POR EL PEDIATRA DEL NIÑO/A SINO COMPLEMENTARLO Y SE REALIZA CON LA FRECUENCIA QUE EL GABINETE MEDICO TIENE PREVISTO PARA ELLA. ES NECESARIO FIRMAR ADECUADAMENTE EL PRESENTE CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIÓN, ASÍ COMO PARA QUE PUEDA SER ASISTIDO/A Y TRATADO/A POR EL MÉDICO DEL CENTRO.

D/D^a

EL QUE SUSCRIBE

CON DNI

CONSENTIO SÍ NO QUE SE REALICE EL RECONOCIMIENTO MÉDICO ANUAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS DE SALUD.

CONSENTIO SÍ NO QUE MI HIJO /A SEA ASISTIDO /A Y TRATADO/A POR EL MÉDICO DEL COLEGIO AGUSTINIANO, SIGUIENDO SU BUEN CRITERIO, Y A TENOR DE LOS DATOS SUMINISTRADOS E ESTA FICHA.

MADRID, A DE DE 2024

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR

FIRMA DE LA MADRE /TUTORA

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA

LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO ADMINISTRARÁ ÚNICAMENTE FÁRMACOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN CASO DE SINTOMATOLOGÍA MENOR (DOLOR DE CABEZA, ABDOMEN, DISMENORREA) O FIEBRE SIEMPRE Y CUANDO UDS LO AUTORICEN FIRMANDO EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO. SI ES NECESARIA OTRO TIPO DE MEDICACIÓN SE HARÁ CON PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO DEL CENTRO O A TRAVÉS DE LAS NORMAS ARRIBA INDICADAS. LOS MEDICAMENTOS DISPONIBLES, A MODO DE GUÍA, FIGURAN EN EL LISTADO ADJUNTO.

D/D^a

EL QUE SUSCRIBE

CON DNI

CONSENTIO SÍ NO QUE LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO ADMINISTRE, EN CASO DE NECESIDAD, PARACETAMOL/IBUPROFENO U OTRO MEDICAMENTO* NO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE ACUERDO A SU PESO Y EDAD.

MADRID, A DE DE 2024

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR

FIRMA DE LA MADRE /TUTORA

(*) LISTADO ORIENTATIVO DE MEDICAMENTOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA DISPONIBLES EN LA ENFERMERÍA

- * APIRETAL 100MG/ML (PARACETAMOL)
- * DALSY 40 MG/ML (IBUPROFENO)
- * EFFERALGAN 500 (PARACETAMOL)
- * NUROFEN 400 (IBURPROFENO)
- * ALMAX SUSP ORAL (ALMAGATO, ANTIÁCIDO)
- * AERO RED GOTAS (DIMETICONA PARA GASES)
- * CALMATEL GEL (ANTINFLAMATORIO TÓPICO)
- * CLARYTINE 10 MG (LORATIDINA)
- * FARINGESIC (BUCOFARÍNGEO)

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA

LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA (TRATAMIENTOS INDICADOS POR EL MÉDICO DE SU HIJO/A) DURANTE EL HORARIO ESCOLAR SE REALIZARÁ ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE ENFERMERÍA Y DEBEN SEGUIRSE LAS SIGUIENTES NORMAS:

- * LA MEDICACIÓN SE HARÁ LLEGAR A ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA CONSERJERÍA. JUNTO CON ELLA DEBE ENTREGARSE LA SOLICITUD QUE PODRÁ ENCONTRAR EN LA CONSERJERÍA O A TRAVÉS DE LA WEB DEL COLEGIO. WWW.AGUSTINIANO.ES
- * ADEMÁS, ES NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO QUE INDICA EL TRATAMIENTO (RECETA, INFORME..)
- * SI LA MEDICACIÓN ES HABITUAL SE ENTREGARÁ EN ENFERMERÍA CON LAS MISMAS NORMAS. RECOMENDAMOS HABLAR CON LA PERSONA RESPONSABLE DE ENFERMERÍA

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO DE ACCIDENTES

- * EL COLEGIO TIENE SUSCRITA UNA PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES A TRAVÉS DE UNITECO PROFESIONAL.
- * EN SEPTIEMBRE EL COLEGIO ENVIARÁ A TRAVÉS DE UNA CIRCULAR, INFORMACIÓN MÁS DETALLADA PARA CADA CURSO ESCOLAR..
- * DE FORMA GENERAL HAN DE SABER QUE LA ASISTENCIA MÉDICA SE HARÁ ÚNICAMENTE EN LOS HOSPITALES CONCERTADOS CON LA PÓLIZA SUSCRITA..
- * ES NECESARIA LA PRESENTACIÓN DEL CORRESPONDIENTE PARTE DE ACCIDENTES EMITIDO POR EL COLEGIO A TRAVÉS DE LA ENFERMERÍA.

NOTA IMPORTANTE. LA PRESENTE FICHA SANITARIA TIENE COMO FINALIDAD RECOGER LOS DATOS SANITARIOS DEL ALUMNO Y SU UTILIZACIÓN SERÁ ÚNICAMENTE PRESTAR LA MEJOR ASISTENCIA SANITARIA, TANTO DENTRO COMO FUERA DEL RECINTO ESCOLAR, EN CASO DE NECESIDAD. POR ELLO, PODRÁN SER UTILIZADOS POR PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO, ASÍ COMO POR PROFESORES Y EDUCADORES DEL COLEGIO QUE, DE MANERA PUNTUAL, PUEDAN NECESITARLOS EN POS DEL MEJOR CUIDADO DEL MENOR. ESTA FICHA SERÁ ALMACENADA EN UN ARCHIVO FÍSICO LOCALIZADO EN LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO. LOS DATOS EN ELLA CONSIGNADOS NO SERÁN CEDIDOS A TERCEROS SALVO A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS. DE CONFORMIDAD CON EL NUEVO MARCO NORMATIVO ESTABLECIDO POR LA LEY ORGÁNICA 3/2018 DE PROTECCIÓN DE DATOS Y DE GARANTÍAS DE LOS DERECHO DIGITALES, DE 5 DE DICIEMBRE, Y POR EL REGLAMENTO 2016/676 DEL PARLAMENTO Y DEL CONSEJO, DE 27 DE ABRIL DE 2016, LES RECORDAMOS QUE TIENEN RECONOCIDOS Y PODRÁN EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN SUPRESIÓN, OPOSICIÓN, LIMITACIÓN Y PORTABILIDAD CONTACTANDO CON EL SERVICIO DE GABINETE MÉDICO / ENFERMERÍA DEL COLEGIO AGUSTINIANO, SITO EN CALLE PEZ AUSTRAL 13 BIS, 28007, DE MADRID, O A LA DIRECCIÓN DE CORREO PROTECCIONDATOS@CAGUSTINIANO.COM