

## FICHA DE SALUD ESCOLAR

APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRE	<input type="text"/>				
CURSO	<input type="text"/>	CLASE	<input type="text"/>				
DOMICILIO	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	PISO	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>
POBLACIÓN	<input type="text"/>	PROVINCIA	<input type="text"/>				
TELÉFONO FIJO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>				

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL	<input type="text"/>		
TELF. MÓVIL PADRE	<input type="text"/>	OTROS TELÉFONOS DE INTERÉS	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL	<input type="text"/>		
TELF. MÓVIL MADRE	<input type="text"/>	OTROS TELÉFONOS DE INTERÉS	<input type="text"/>

### Consígnense cuantos datos puedan ser de interés para el Departamento de Enfermería

- 1 Alergias o intolerancias alimenticias:  
(Especificar y adjuntar copia de INFORME MÉDICO actualizado)

- 2 ¿Come en comedor? SI  NO

- 3 Alergias a medicamentos:(Especificar y adjuntar copia de INFORME MÉDICO actualizado)

- 4 Alergias varias como polen, ácaros, animales, picaduras: (Especificar)

- 5 Enfermedades importantes que haya padecido o padezca en la actualidad. (Especificar problemas cardiovasculares, articulares, respiratorios u otros):

- 6 ¿Toma habitualmente alguna medicación? SI  NO   
En caso de haber contestado SI, indique cuál:

- 7 ¿Ha sido sometido/a alguna intervención quirúrgica?:

- 8 Antecedentes familiares:

9 Observaciones

Doy mi consentimiento para que el personal sanitario de ANTAVILLA SCHOOL administre medicación antitérmica o analgésica habitual (normalmente Paracetamol, Ibuprofeno, etc.), así como cualquier otra que haya sido pautada por su propio médico, ya sea tratamiento crónico o puntual, y de cuya administración habrá sido informado por escrito el Departamento de Enfermería del colegio.

En virtud de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que sus datos serán tratados por ANTAVILLA SCHOOL con la finalidad de garantizar el cumplimiento de la relación educativa velando en todo momento por el bienestar de los menores. Asimismo le informamos que los datos de salud aportados junto con el presente formulario se tratarán para la correcta prestación de los servicios asistenciales demandados por el alumno/tutor legal, sin ser utilizados para ninguna finalidad distinta o incompatible. La legitimación para el tratamiento de los datos es el consentimiento del interesado así como la prestación de los servicios asistenciales oportunos. No se realizarán cesiones de datos a terceros salvo en los casos legalmente previstos. Tampoco realizaremos transferencias internacionales de datos ni análisis de perfiles.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición y demás derechos establecidos por la normativa vigente, en la dirección Calle Real, 35, 28229 Villanueva del Pardillo, Madrid o mediante correo electrónico a secretaria@antavillaschool.com. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos solicitándolo por escrito en el propio centro y/o en nuestra página web.

Y para que así conste, firmo este documento con fecha

Firma del Padre/Tutor

Firma de la Madre/Tutora

FECHA:

FECHA: