

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

SERVICIO DE ENFERMERÍA – COLEGIO SAN GABRIEL

Esta ficha de salud pretende aportar información al servicio de Enfermería del colegio para llevar a cabo una atención primaria de calidad, durante el horario escolar y dentro del centro. Esta ficha será imprescindible para la atención de cuidados sanitarios del alumno/a.

Deberá entregarse firmada, junto con informes y documentación sanitaria de interés a la atención del servicio de enfermería. Esta información es confidencial y pasará a formar parte de la Historia de Salud Escolar del alumno.

Si durante el curso hubiera alguna modificación en los datos aportados, se ruega hacerla llegar al Departamento de Enfermería.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
CURSO	<input type="text"/>	ETAPA	<input type="text"/>
DIRECCIÓN	<input type="text"/>		

DATOS PERSONAS DE REFERENCIA

PADRE	<input type="text"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
MADRE	<input type="text"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
OTRO	<input type="text"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				

DATOS DE SALUD DEL ALUMNO

ALERGIAS SI NO **INTOLERANCIAS** SI NO

¿CUÁLES?

CALENDARIO VACUNAL SI NO

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI NO ¿CUÁL?

¿TOMA REGULARMENTE ALGUNA MEDICACIÓN? SI NO ¿CUÁL?

¿TIENE DIAGNÓSTICO DE TDA O TDA-H? SI NO ¿CUÁL?

ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAYA PADECIDO O PADEZCA EN LA ACTUALIDAD

CARDIOVASCULARES:

RESPIRATORIAS:

DEFORMACIÓN EN LA COLUMNA VERTEBRAL, ARTICULACIONES, PIES:

PROBLEMAS DE VISTA U OÍDO:

DIABETES, EPILEPSIA, MIGRAÑAS, MAREOS:

OTRAS:

OTROS DATOS:

¿COME EN EL COLEGIO?

SI

NO

OCASIONALMENTE

¿ALGÚN TIPO DE DIETA?

SI

NO

¿CUÁL?

¿REALIZA ACTIVIDAD DEPORTIVA?

SI

NO

INTENSIDAD

BAJA

MEDIA

ALTA

OBSERVACIONES:

Autorizo al Servicio sanitario escolar de la empresa REDVITAL SALUD S.L., en caso de fiebre o dolor agudo (cefalea, dolor menstrual, traumatismos, etc.) a administrar analgésicos y/o antitérmicos.

SI

NO

ESTE SERVICIO TIENE CARÁCTER VOLUNTARIO Y NO TIENE NINGÚN FIN LUCRATIVO NI DISCRIMINATORIO

Firma:

Padre, Madre o tutor:

En Alcalá de Henares, a __ de _____ de 201__

REDVITAL SALUD SL, (en los sucesivos la Empresa), le informa que los datos personales recogidos en este documento, serán incorporados a un fichero creado y mantenido bajo la responsabilidad de la empresa, el cual ha sido debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de asegurar la correcta gestión de los servicios o productos solicitados así como mantenerle informado de los productos y servicios que ofrecemos. En el caso de ser necesario, usted consiente así mismo a que los datos puedan ser comunicados a terceras empresas con las que se subcontrate el servicio con el fin de poder llevar a cabo adecuadamente la prestación del mismo. Usted nos autoriza a que incorporemos sus datos al fichero y al envío de información y publicidad de nuestra empresa. Le informamos además que puede ejercer los derechos que le asisten, de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de la información que le concierne ante la empresa en la dirección Avda. Tenor Pedro Lavirgen s/n – 14011, de Córdoba, Córdoba. Si no desea ser informado de nuestros productos y servicios, señale con una X esta casilla (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal).