

SERVICIO ENFERMERÍA ESCOLAR.

Yo, Dº/Dña.: _____ con DNI: _____, Teléfono: _____ como madre/padre/
tutor legal del alumno: _____ matriculado/a en el Curso 2021 /2022 en: _____

Autorizo a que mi hijo/a sea atendido y valorado/a por el servicio de enfermería del IES Aldebarán y a la recogida y almacenamiento de sus datos personales de salud, necesarios para el correcto funcionamiento de este servicio de prevención y cuidado para que puedan ser llevados a cabo correctamente gestionados y administrados de forma confidencial, privada y anónima.

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.

SI NO

Autorizo al Servicio Sanitario Escolar, en caso de fiebre o dolor agudo (traumatismos, cefalea, dolor menstrual, etc.) a administrar analgésicos y/o antitérmicos.

PARACETAMOL y/o IBUPROFENO SI NO

En caso de no ser esta la medicación, especificar:

Me comprometo así mismo a comunicar cualquier cambio futuro relevante sobre la salud de mi hijo/a.

FICHA SALUD ESCOLAR	Antecedentes médicos y/o patologías crónicas		
Alergia a medicamentos y/o excipientes	SI	NO	INDICAR CUAL:
Alergia alimentaria	SI	NO	INDICAR CUAL:
Intolerancia alimentaria	SI	NO	INDICAR CUAL:
Problemas respiratorios (asma, bronquitis de repetición, inmadurez pulmonar, otros).	SI	NO	INDICAR CUAL:
Problemas digestivos (estreñimiento, parasitosis, reflujo, gases, indigestión...).	SI	NO	INDICAR CUAL:
Problemas neurológicos (convulsiones febriles, epilepsia, TDAH, cefaleas, migrañas, etc.).	SI	NO	INDICAR CUAL:
Problemas cardíacos (soplo, arritmias, estenosis, otros).	SI	NO	INDICAR CUAL:
Trastornos de movimiento (escoliosis o cifosis, pies planos, etc.).	SI	NO	INDICAR CUAL:
Intervenciones quirúrgicas realizadas.	SI	NO	INDICAR CUAL:
Toma medicación.	SI	NO	INDICAR CUAL:
Otros que quiera comunicarnos.	INDICAR CUAL:		
¿Has sido diagnosticado de COVID-19?	SI	NO	Indicar Fecha:
¿Sufrir alguna enfermedad u otros problemas de salud no mencionados anteriormente? SI NO En caso afirmativo. ¿Aporta Informes? SI NO	En caso afirmativo INDICAR CUAL:		

En Fuensalida a _____

Firmado: