

SERVICIO ENFERMERÍA ESCOLAR.

Yo, Dº/Dña.: _____ con DNI: _____, Teléfono: _____ como madre/
padre/tutor legal del alumno: _____ matriculado/a en el Curso 2025 / 2026 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:

ANEXO I

Notificación de enfermedad crónica

D./D.^a.....
Con DNI/NIE.....
Y domicilio en.....
Y número de teléfono: 1.....2.....3.....
Como madre, padre o tutor/a legal del alumno/a.....
Matriculado en el curso.....

INFORMA

Que su hijo/a....., nacido el.....de.....de....., padece la siguiente enfermedad crónica.....

JUSTIFICA

Por medio del informe oficial de salud adjunto, la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad de su hijo o hija.

Y AUTORIZA

A que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con el centro de salud al que el centro educativo se encuentra vinculado.

En _____, a _____ de _____ de 20__

LA MADRE, PADRE, O TUTOR/A LEGAL

Fdo.:
