

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

SERVICIO DE ENFERMERÍA – COLEGIO FUENTELARREYNA

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 y en sobre cerrado, junto con informes y documentación sanitaria de interés al profesor o tutor de su curso.

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"/>	DNI	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
MADRE	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
OTRO	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>		
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				

DATOS DE SALUD DEL ALUMNO

ALERGIAS	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	INTOLERANCIAS	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿CUÁLES?	<input type="text"/>				
CALENDARIO VACUNAL	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	¿CUÁL?	<input type="text"/>	
¿TOMA REGULARMENTE ALGUNA MEDICACIÓN?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	¿CUÁL?	<input type="text"/>	
¿TIENE DIAGNÓSTICO DE TDA O TDA-H?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	¿CUÁL?	<input type="text"/>	

ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAYA PADECIDO O PADEZCA EN LA ACTUALIDAD

CARDIOVASCULARES:

RESPIRATORIAS:

APARATO LOCOMOTOR (COLUMNA VERTEBRAL, ARTICULACIONES, PIES):

PROBLEMAS OCULARES O AUDITIVOS:

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 a la empresa REDVITAL SALUD S.L., a la atención sanitaria de mi hijo/a y en caso de fiebre o dolor agudo (cefalea, dolor menstrual, traumatismos, etc.) a administrar analgésicos y/o antitérmicos.

SI

NO

Autorizo a la empresa REDVITAL SALUD S.L., a realizar reconocimiento médico a su hijo/a

SI

NO

Firma:

Padre, Madre o tutor:

En Madrid, a __ de _____ de 201__

CLAUSULA INFORMATIVA PARA PACIENTES

¿QUIEN ES EL RESPONSABLE DE SUS DATOS?

Identificación: REDVITAL SALUD SL

Dirección Postal: Avda. Tenor Pedro Lavirgen s/n - 14011 de Córdoba

Teléfono: 957276682

Correo electrónico: info@redvitalsalud.com

¿CON QUÉ FINALIDAD TRATAMOS SUS DATOS PERSONALES?

Tratamos la información que nos facilitan las personas interesadas para la gestión y archivo de los datos de los pacientes necesarios para el cumplimiento de la prestación asistencial solicitada, las tareas administrativas derivadas de los mismos y el seguimiento de los tratamientos realizados, así como la gestión administrativa de los datos de los pacientes.

¿POR CUANTO TIEMPO CONSERVAREMOS SUS DATOS?

Los datos personales proporcionados se conservarán por los plazos legalmente establecidos en la legislación sanitaria.

¿CUAL ES LA LEGITIMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS?

La base legal para el tratamiento de sus datos es la obligación por ley para poder llevar a cabo la prestación asistencial. La prestación asistencial también se basa legalmente en la ejecución de un contrato con el paciente y el consentimiento prestado éste último.

¿A QUÉ DESTINATARIOS SE COMMUNICARÁN SUS DATOS?

Los datos facilitados podrán comunicarse a entidades sanitarias, entidades aseguradoras, a Administración Pública con competencia en la materia. No realizamos transferencias internacionales de datos.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS CUANDO NOS FACILITA SUS DATOS?

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en nuestra empresa estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.

Las personas interesadas tienen derecho a si acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos. En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. Dejaremos de tratar sus datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

¿CÓMO HEMOS OBTENIDO SUS DATOS?

Los datos personales que tratamos proceden de los propios interesados en el momento de cumplimentar la ficha de salud del alumno.

Las categorías de los datos que se tratan son:

- Datos especialmente protegidos
- Datos de carácter identificativo