

MANUAL PARA USUARIOS PADRES Y TUTORES

Bienvenidos a SNapp, la app pensada para facilitar la gestión y comunicación entre padres/tutores y personal sanitario que presta servicios en su colegio.



PRIMEROS PASOS

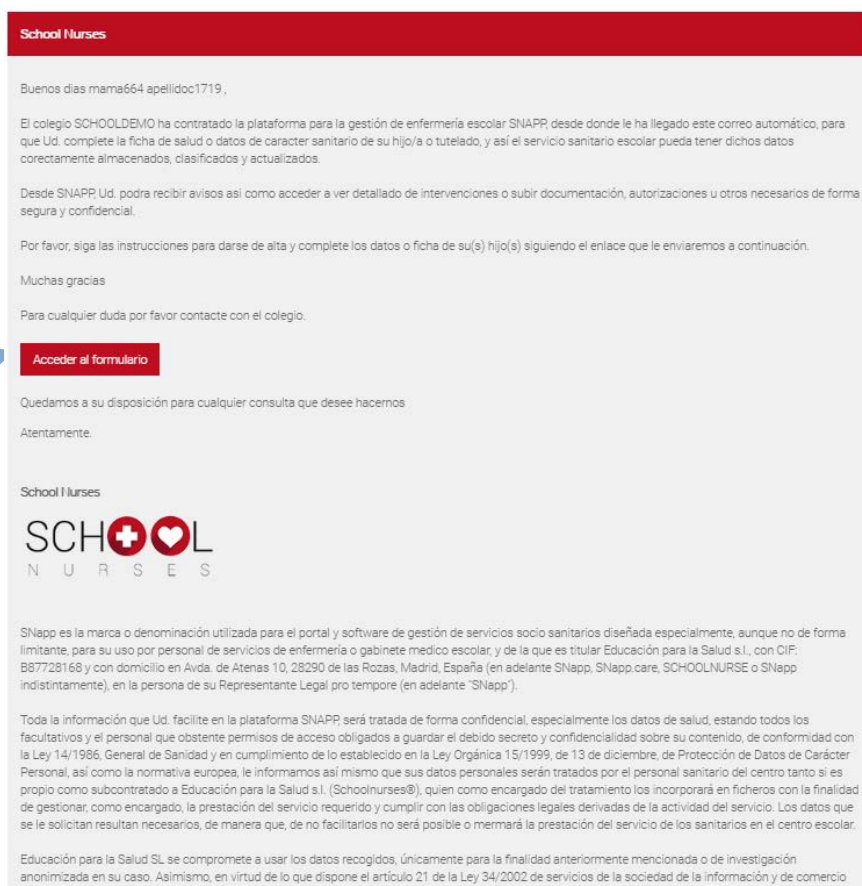
1. VALIDACION DE DATOS DE SU HIJA/O o TUTELADA/O

Una vez el colegio nos ha facilitado los listados de alumnos, el padre/madre o ambos o tutor (tutores), reciben **PARA CADA HIJA/O** ó tutelado, un mail UNICO de validación.

Es decir, si Ud. tiene más de un alumno en el centro, recibirá un mail para cada uno, donde podrá seguir los pasos para **completar los datos** de cada uno de estos en su ficha de salud particular, así como confirmar las **autorizaciones pertinentes de cada uno** de ellos tanto de atención y consentimiento, aplicación de medicamentos que no requieran de receta médica pero si autorización y comunicación previa y los de obligada recogida de datos personales que exige la RGD y LOPD.

1.1. Recepción de email para validar datos.

Desde este correo, pulse en 'Acceder a formulario' para entrar en SNapp directamente en la ficha de salud del alumno que se va a completar.



1.2. Pestaña ALUMNO.

En esta pestaña, podrá confirmar o completar los datos de contacto, curso, u otros que ya se dispongan o modificarlos si son erróneos.

No olvide pulsar en botón de

SIGUIENTE

para que los datos se carguen.

The screenshot shows the 'Ficha de salud' (Health Record) form in the SNapp application. At the top, there is a red banner with a warning: 'MUY IMPORTANTE: hasta que no complete las 5 pestañas de este formulario "Ficha de salud" (Alumno, Datos de salud, Datos adicionales, Padres/tutores y Autorizaciones) y confirme en cada pantalla con el botón "SIGUIENTE" que aparece en la parte inferior derecha de la pantalla, no se guardaran los datos en la aplicación. Debe ir completando cada formulario hasta llegar a "Autorizaciones" y hacer clic en el botón de "FINALIZAR". Si cierra el navegador sin llegar a hacer clic en "FINALIZAR", se perderán los datos introducidos y las respuestas. Muchas gracias.'

The form is titled 'Ficha de salud' and 'Autorización para la asistencia, consentimiento informado y toma de datos generales.' It has five tabs: 'ALUMNO' (selected), 'DATOS DE SALUD', 'DATOS OPCIONALES ADICIONALES', 'PADRES/TUTORES', and 'AUTORIZACIONES'.

Información básica:

- Nombre del alumno: Angela
- Primer apellido: Arellano
- Segundo apellido: López
- ¿Tiene DNI?:
- ¿Tiene teléfono el alumno?:
- Fecha de nacimiento: 01-04-2005
- Sexo: Masculino Femenino

Información académica. El presente año cursará:

- Curso: 1º
- Grados: INFANTIL, PRIMARIA, SECUNDARIA (highlighted with a red circle), BACHILLERATO, GRADO MEDIO, GRADO SUPERIOR

A 'SIGUIENTE' button is located at the bottom right of the form.

IMPORTANTE, ningún dato, selección o documento subido se guardará hasta que no se complete totalmente el formulario y se pulse en **FINALIZAR** (en la pestaña autorizaciones) al terminar el formulario.

Por lo que si Ud. abandona el cuestionario sin realizar estos pasos, ninguna respuesta se habrá guardado.

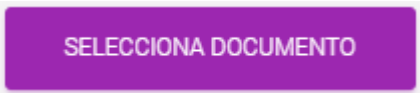
1.3. Pestaña DATOS DE SALUD.

En esta pestaña verá que hay una serie de preguntas a las que podrá contestar:

- SI
- NO
- LO IGNORO

En el caso de contestar SI, se le abrirá un ESPACIO para que pueda escribir cualquier comentario que crea pertinente.

También se habilitará un botón de



Donde Ud. podrá adjuntar otro tipo de documentación más detallada, como historial médico o protocolos o recomendaciones de su pediatra o médico a la que haga referencia y que crea útil compartir.

No es obligatorio contestar cada pregunta, esta información se pide para mejor conocimiento del sanitario, y consulta o planificación de sus funciones de cuidado y/o tratamiento.

No olvide pulsar en el botón de



para que los datos se carguen.

Ficha de salud
Autorización para la asistencia, consentimiento informado y toma de datos generales.

ALIMBO **DATOS DE SALUD** DATOS OPCIONALES ADICIONALES PADRES/TUTORES AUTORIZACIONES

Información de salud:
(Marque lo mejor que sepa este cuestionario para completar la ficha y pulse en continuar para que sus respuestas queden guardadas)

¿Tiene el menor alguna alergia o medicación(s) o/o suplementos?
 SI
 NO
 LO IGNORO
Si ha mencionado si por favor escriba más detalle aquí
 Subir documentación: **SELECCIONA DOCUMENTO**

¿Tiene alguna alergia o alimento?
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Algún otro detalle sobre intolerancias alimentarias que quiera compartir?
 SI
 NO
 LO IGNORO
Si ha mencionado si por favor escriba más detalle aquí
FRUCTOSA, le sienta especialmente mal las peras y el helado o chocolate en gran cantidad
 Subir documentación: **SELECCIONA DOCUMENTO** **CAMBIA** **BORRAR**

¿Come habitualmente en el colegio?
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Otras alergias? (Piel: eczema, psoriasis, fari, urticaria, etc.)
 SI
 NO
 LO IGNORO
Si ha mencionado si por favor escriba más detalle aquí
Comunicación alérgica
 Subir documentación: **SELECCIONA DOCUMENTO**

¿Problemas respiratorios? (Tos, bronquitis de repetición, asma, problemas pulmonares, otros)
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Problemas digestivos? (estreñimiento, diarrea, náusea, gases, indigestión...)
 SI
 NO
 LO IGNORO
Si ha mencionado si por favor escriba más detalle aquí
 Si toma mucha comida con azúcares, sobriedad peras y chocolate le sienta muy mal y puede **causarle** cefalea
 Subir documentación: **SELECCIONA DOCUMENTO**

¿Problemas neurológicos? (convulsiones febriles, epilepsia, TDH, cefaleas, migrañas, etc.)
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Problemas cardíacos? (batao, arritmias, espasmos, otros)
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Trastornos de espectro autista? (síntomas del desarrollo, síndrome de Asperger, etc.)
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Trastornos de movimiento? (tics, tirones o estereotipos, problemas articulares, musculares, etc.)
 SI
 NO
 LO IGNORO

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica recientemente o a que debamos conocer? por favor describa más detalle aquí
 SI
 NO
 LO IGNORO

Vacunaciones
 Con el fin de evaluar una correcta labor de prevención de riesgos epidemiológicos en el colegio, nos es de mucha utilidad conocer que niños pueden o no estar en mayor o menor riesgo en caso de que se de una situación de este tipo:
 SI Tiene la dosis de vacunación en la Comunidad Autónoma correspondiente y al día
 NO Como por alguna o varias razones a día
 Ignora más o menos datos y/o el día

Victorias
 ¿Tiene alguna de estas cosas vacunada?
 SI NO LO IGNORO

ROTAVIRUS VARIOLA MENINGITIS B
 NEUMOCOCCO OTRAS NINGUNA

ANTERIOR **SIGUIENTE**

En la sección de alergias alimentarias, podrá además seleccionar el grupo de alérgeno o alérgenos a los que el alumno es alérgico.

¿Tiene alguna alergia a alimentos?

SI
 NO
 Lo desconozco



Cereales que contengan gluten

Trigo, centeno, cebada, avena, espelta, kamut o sus variedades híbridas y productos derivados. En este punto quedan excluidos los jarabes de glucosa a base de trigo, incluida la dextrosa; las maltodextrinas a base de trigo; los jarabes de glucosa a base de cebada; y los cereales que se utilizan para hacer destilados alcohólicos, incluido el alcohol etílico de origen agrícola.



Crustáceos y productos a base de crustáceos

Todos los productos que puedan contener mariscos incluso en trazas.



Huevos y productos a base de huevo


Productos que pueden contener huevo, incluso en trazas.

Cuando adjunte un documento, éste quedara ya almacenado en SNapp de forma segura y no podrá ser descargado por personal distinto de Ud. o el de perfil sanitario, sino sólo visualizado en pantalla para evitar que estos documentos puedan descargarse en ordenadores o dispositivos físicos.

¿Algún otro detalle sobre intolerancias alimentarias que quiera compartir?

SI
 NO
 Lo desconozco

Si ha respondido SI, por favor denos más detalle aquí:

 FRUCTOSA le sienta especialmente mal las peras y el helado o chocolate en gran cantidad

Subir documentación:



CAMBIA **BORRA**

¿Come habitualmente en el colegio?

SI
 NO
 A veces

1.4. Pestaña DATOS OPCIONALES ADICIONALES.

En esta pestaña podrá añadir otro tipo de comentarios que desee compartir con la enfermera/o ó personal sanitario (en adelante 'enfermera escolar' o 'EE') de su colegio, así como facilitar otros de tipo médico de cabecera, o especialista, mutua, etc. y que puedan ser de utilidad para que la enfermera contacte o se coordine con estos en caso de necesidad.

Igualmente, si lo desea, puede subir una fotografía de cara de su hija/o ó tutelado, para que cuando la EE abra esta, pueda identificar mejor a estos.

Ficha de salud

Autorización para la asistencia, consentimiento informado y toma de datos generales.

ALUMNO DATOS DE SALUD **DATOS OPCIONALES ADICIONALES** PADRES/TUTORES AUTORIZACIONES

Información adicional:

¿Algún otro detalle o información que crea debemos conocer?

Puede indicar aquí brevemente antecedentes familiares o cualquier otra información relevante que considere. El servicio de enfermería escolar contactará con Ud. para ampliar si fuese necesario le historial de su hijo/a/tutelado/a o realizar otras futuras encuestas

No es necesario dieta particular, pero si recordárselo de vez en cuando, pero el ya sabe que no debe comer:

¿Nos puede facilitar una foto de cara del alumno para que nuestra enfermería lo guarde en su ficha personal?

Otros datos sanitarios del alumno:

Centro de At. Primaria del alumno:

Hospital de referencia:

Mutua:

Nombre de Medico de referencia:

Nombre de Enfermera Pediatría de referencia:

Nº CIP: Tarjeta sanitaria

Existen antecedentes médicos a destacar: (texto a rellenar por enfermera)

ANTERIOR SIGUIENTE

No olvide pulsar en botón de **SIGUIENTE** para que los datos se carguen.

1.5. Pestaña PADRES/TUTORES.

En esta pestaña DEBERÁ confirmar si los datos de contacto de que se disponen son correctos, completo o necesita añadir algún detalle adicional.

En esta sección es MUY IMPORTANTE que:

1. Confirme su DNI/NIE
2. Cree una contraseña que sea de al menos 8 caracteres, incluya alguna mayúscula o símbolo.

Si no completa estos dos pasos no le permitirá continuar y validarse como usuario.

Su usuario será el mismo correo electrónico al que le llegó la notificación, y con esta contraseña Ud. accederá a visualizar a cada uno de sus hijas/os ó tutelados.

No olvide pulsar en botón de  para que los datos se carguen.

Si lo desea desde aquí puede solicitar que se añada a este alumno otra persona (padre/madre/tutor) de contacto o con permisos.

1.6. Pestaña AUTORIZACIONES.

En esta pestaña debe confirmar su consentimiento, para cada hija/o ó tutelado a los siguientes:

- **AUTORIZACIÓN ATENCION SANITARIA.** Necesaria para poder atender al alumno, aunque Ud. ya hubiese dado este mismo consentimiento al centro escolar, marcando esta casilla, confirma que da su autorización para que el alumno sea atendido por el servicio sanitario escolar tanto en caso de urgencia como de necesidad de tratamiento crónico o puntual.
- **AUTORIZACION SIN OBLIGACION DE RECETA.** Aunque se le contactará o se realizará el intento, esta autorización es necesaria para aplicar medicamentos que no precisen de prescripción médica específica, y que a criterio de la EE puedan ser necesarios. Ejemplo: cristalmina, ibuprofeno u otro antiérmicos, o pomadas de uso cotidiano y bajo criterio de la EE que puedan ser necesarias. **Esta autorización no exige de la obligación de autorización expresa o comunicada + receta o prescripción médica para otro tipo de medicamentos o tratamientos que si deben ser expresamente autorizados.**
- **CONSENTIMIENTO DATOS PERSONALES.** Donde nos confirma que le hemos comunicado sus derechos así como términos y condiciones de uso de SNapp, y nos da su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y los de su hija/o ó tutelado

Ficha de salud
Autorización para la asistencia, consentimiento informado y toma de datos generales.

ALUMNO DATOS DE SALUD DATOS OPCIONALES ADICIONALES PADRES/TUTORES **AUTORIZACIONES**

AUTORIZACIÓN ATENCIÓN SANITARIA:

AUTORIZACIÓN ATENCIÓN SANITARIA:

Autorizo como madre/padre/tutor a que mi hijo/tutelado sea atendido y valorado/a por el servicio de enfermería del centro escolar, y al posible traslado a un centro de atención sanitaria en caso de necesidad, y que la colecta y almacenamiento de sus datos personales de salud, necesarios para el correcto funcionamiento de este servicio de prevención y cuidado pueda ser llevado a cabo correctamente, así como a que se realicen encuestas o estudios sobre hábitos de salud con fines de investigación siempre que sean almacenados, gestionados, administrados o estudiados de forma confidencial, segura, privada y anonimizada. Así mismo, declaro que completaré de la forma más rigurosa y veraz de la que a la fecha dispongo, la información requerida en esta encuesta o **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/tutelado.

Acepto

AUTORIZACIÓN MEDICACIÓN SIN OBLIGACIÓN DE RECETA

AUTORIZACIÓN MEDICACIÓN SIN OBLIGACIÓN DE RECETA:

Autorizo al Servicio sanitario escolar, en caso de fiebre o dolor agudo (traumatismos, cefalea, dolor menstrual, etc.), y si el sanitario que siempre intentará contactar ANTES conmigo lo valora como necesario, a **administrar analgésicos y/o antiérmicos** (Sólomente Paracetamol e Ibuprofeno en sus distintas presentaciones, según el peso del alumno) y volver a clase. Se observará la evolución del alumno/a, y si no hay mejoría, se contactará con los padres de nuevo para que vengan a recogerlo.

Para la administración de otros medicamentos o tratamientos que requieran de prescripción médica, DEBERÁ cumplirse una autorización específica adicional accesible AQUÍ, en la web del centro o escrito específico de autorización, además de adjuntarse copia de receta o prescripción médica pertinente

Acepto
 No acepto

CONSENTIMIENTO DATOS PERSONALES

CONSENTIMIENTO DATOS PERSONALES:

Les informamos los datos aquí recabados e información personal cedida sólo será accesible por el personal sanitario y será intransferible. Toda la información que nos facilite será tratada de forma confidencial, especialmente los datos de salud, estando todos los facultativos y el personal de la plantilla obligados a guardar el debido secreto y confidencialidad sobre su contenido, de conformidad con la Ley 14/1986, General de Sanidad y en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como la normativa europea, le informamos así mismo que sus datos personales serán tratados por el servicio de enfermería escolar suministrado por Educación para la Salud s.l. (Schoolnurses®), quien como encargado del tratamiento los incorporará en ficheros con la finalidad de gestionar la prestación del servicio asistencial requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del servicio. Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que, de no facilitarlos no será posible la prestación del servicio.

Educación para la Salud SL se compromete a usar los datos recogidos mediante este formulario, únicamente para la finalidad anteriormente mencionada. Asimismo, en virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, nos da el consentimiento para poder enviarle la información mencionada a través de su correo electrónico.

Toda la información que nos facilite será tratada de forma confidencial, especialmente los datos de salud, estando todos los facultativos y el personal de la plantilla obligados a guardar el debido secreto y confidencialidad sobre su contenido, de conformidad con la Ley 14/1986, General de Sanidad y en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Ud. podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación o eliminación en cualquier momento mediante comunicación por escrito con este servicio. Educación para la Salud SL se compromete a usar los datos recogidos mediante este formulario, únicamente para la finalidad anteriormente mencionada.

El interesado declara tener conocimiento del destino y uso de los datos personales recogidos mediante la lectura de la presente cláusula.

Acepto: Términos y condiciones

NORMATIVA DE USO DE ENFERMERIA

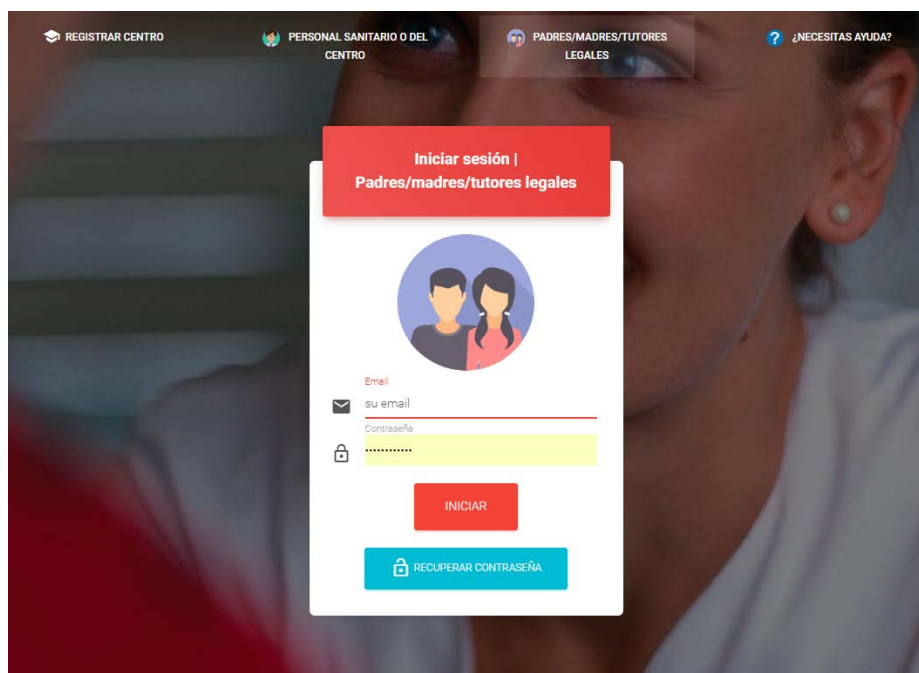
Volver FINALIZAR

No olvide pulsar en **FINALIZAR** para que los datos se carguen, quede el proceso cerrado.

2. ACCESO A SNAPP Y USO

Una vez completado el proceso UD. podrá acceder con su usuario y contraseña, y siempre desde el panel específico de **Padres/madres/tutores legales** a SNapp desde:

www.snapp.care

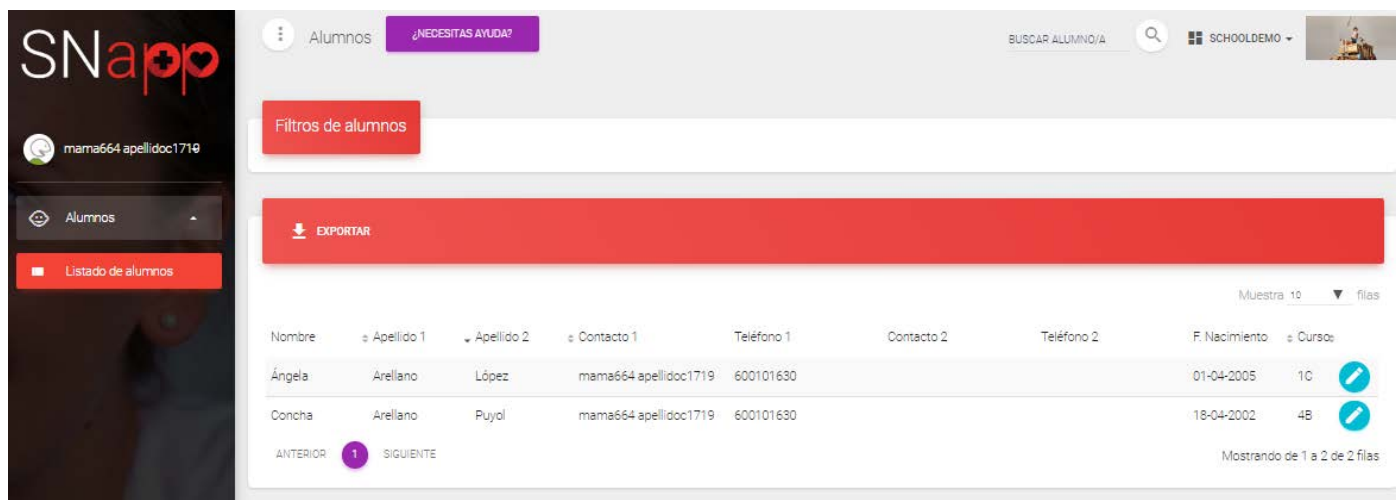


Una vez acceda verá que existen varias formas de llegar a la información, tanto desde el menú lateral como desde los iconos centrales.



2.1. Acceso a ficha de salud.

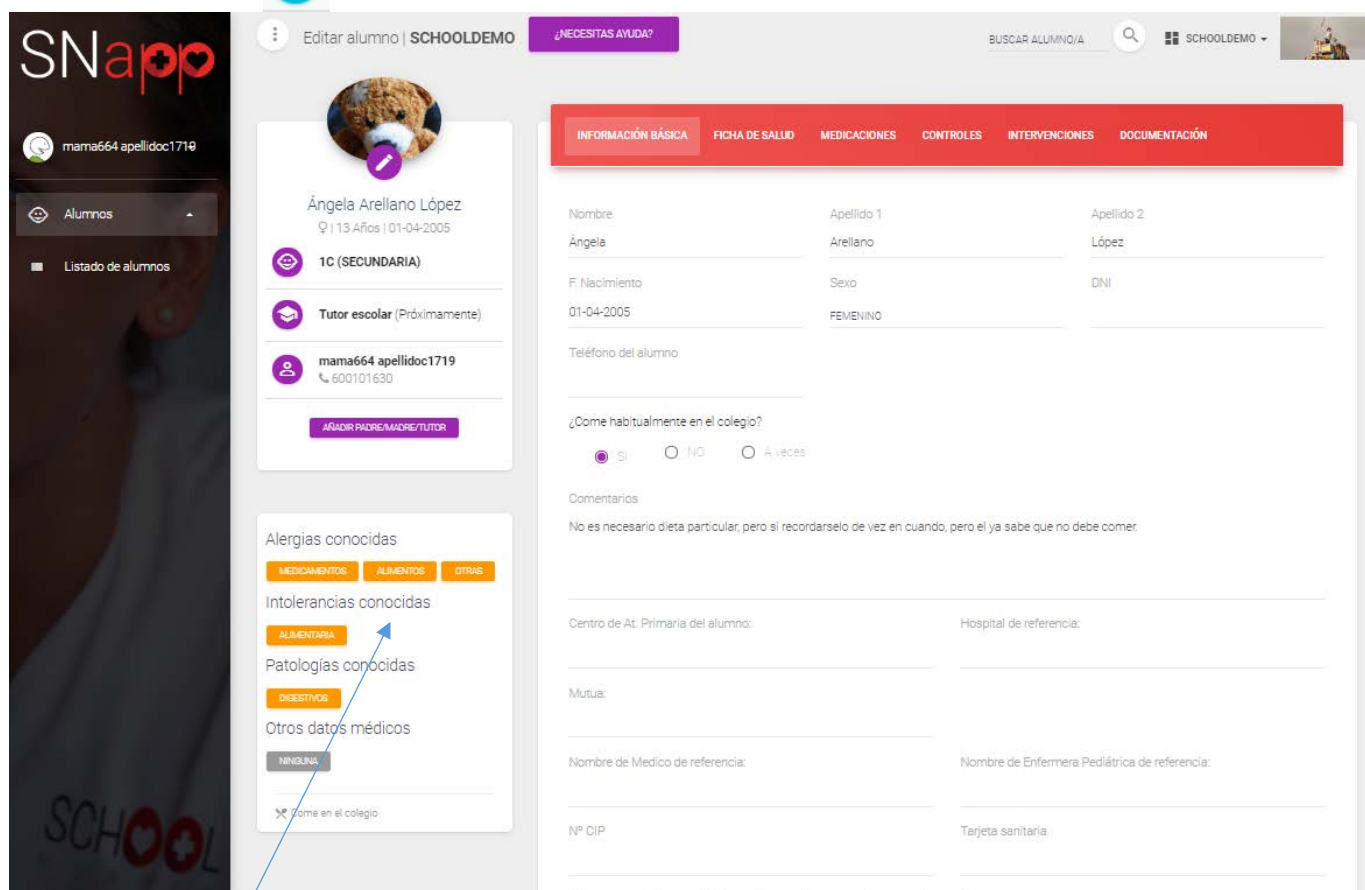
Bien al pulsar en el icono o listado de alumnos, le aparecerán el/los alumnos de los que es Ud. padre/madre o tutor.



The screenshot shows the 'Alumnos' (Students) section of the SNAPP application. At the top, there is a search bar and a '¿NECESITAS AYUDA?' button. Below this is a 'Filtros de alumnos' (Student filters) section. A red 'EXPORTAR' (EXPORT) button is visible. The main area contains a table with columns for Name, Surnames, Contact, Phone, and Birth Date. Two students are listed: Ángela Arellano López and Concha Arellano Puyol. Each row has a blue pencil icon in the rightmost column, indicating that clicking it leads to the student's detailed profile.

Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Contacto 1	Teléfono 1	Contacto 2	Teléfono 2	F. Nacimiento	Curso
Ángela	Arellano	López	mama664.apelldoc1719	600101630			01-04-2005	1C
Concha	Arellano	Puyol	mama664.apelldoc1719	600101630			18-04-2002	4B

Pulsando en el icono  accederá a la ficha detallada de dicho alumno en concreto.



The screenshot shows the 'Editar alumno' (Edit student) form for Ángela Arellano López. The form is divided into several sections: 'INFORMACIÓN BÁSICA' (Basic Information), 'FICHA DE SALUD' (Health Card), 'MEDICACIONES' (Medications), 'CONTROLES' (Controls), 'INTERVENCIONES' (Interventions), and 'DOCUMENTACIÓN' (Documentation). The 'FICHA DE SALUD' section is currently active and contains fields for Name, Surnames, Birth Date, Sex, and DNI. There are also sections for 'Alergias conocidas' (Known Allergies) with tabs for Medications, Foods, and Others; 'Intolerancias conocidas' (Known Intolerances) with a tab for Food; and 'Patologías conocidas' (Known Pathologies) with tabs for Digestive and Other medical data. A blue arrow points to the 'Patologías conocidas' section, highlighting the 'DIGESTIVOS' (Digestive) tab, which is selected. The form also includes a '¿Come habitualmente en el colegio?' (Does he/she usually eat at school?) section with radio buttons for 'SI' (Yes), 'NO' (No), and 'A veces' (Sometimes).

En la ficha ya aparecen resaltadas las patologías relevantes que Ud, ha añadido para facilitar el control.

2.2. Solicitar administración de una mediación o tratamiento.

OPCION 1 – Ud. directamente en SNAPP.

Desde la misma ficha del alumno, verá que hay dos nuevos botones; MEDICACIONES y CONTROLES.



Desde este pulsando en podrá dar de alta y solicitar que se le administre en el horario escolar un tratamiento pautado por facultativo médico, donde deberá además de confirmar la autorización, detallar:

- Nombre del medicamento
- Dosis pautada
- Hora en la que debe administrarse en horario escolar
- Fecha de inicio del tratamiento
- Fecha de fin del tratamiento
- Frecuencia

Deberá adjuntar foto o escaneado de la receta o prescripción médica para que la EE pueda verificar si las pautas son correctas, y como requisito legal sin equa non para poder darle este medicamento al alumno.

Y marcar en la casilla de autorización expresa.

NOTA: los medicamentos deberán facilitarse cerrados y correctamente etiquetados, bien directamente a la EE, secretaria o tutor del alumno, así como en un correcto estado de conservación (si requieren de conservación en frio, estos deberán venir en correctas condiciones de conservación o activación, y serán almacenados y custodiados en la enfermería escolar conforme dicte la normativa en materia de conservación de medicamentos).

Nueva medicación

MEDICACIÓN PAUTADA MEDICACIÓN PUNTUAL

Nombre genérico del Medicamento

Dosis (ml, gotas, unidades, etc.) Hora pautada

Fecha inicio Fecha fin

Frecuencia

SUBIR DOCUMENTACIÓN:

Descripción

SELECCIONA DOCUMENTO

Autorizo a que se le administre la medicación aquí descrita, pautada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautadas POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto adjunto aquí la receta, prescripción o plan de cuidados emitidos por dicho profesional y me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o por esta vía dichos medicamentos en perfecto estado de conservación, cerrados y no manipulados para su custodia por el servicio sanitario escolar

Nota: El facultativo sanitario escolar verificará si la receta corresponde con el medicamento, así como si éste está en condiciones adecuadas. En caso contrario podrá negarse a su administración y contactar con Ud. para solventar o aclarar cualquier duda. No se recibirá medicamento alguno directamente de manos de los niños, éstos deben ser entregados en correctas condiciones por y a personal adulto o el responsable designado; recepción, secretaria, profesor en caso de no poder ser entregado a/por la enfermera/o directamente. Deberá venir indicado: dosis diarias, fecha de inicio y de fin del tratamiento

GUARDAR CERRAR

Una vez subido, quedará en estado de **PENDIENTE** hasta que la EE accede a VALIDAR y confirmar que esta todo correcto.

Nombre genérico del Medicamento	Dosis (ml, gotas, unidades, etc.)	Hora pautada	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia	Validación	
augmentine	4,5ml	15:00	03-10-2018	09-10-2018	Cada 1 día	PENDIENTE	

Mostrando de 1 a 1 de 1 filas

OPCION 2 – La EE la da de alta en SNAPP por Ud.

Existe la opción de que Ud, al entregar la mediación a la propia EE o personal autorizado de su centro escolar, ya adjunte en papel copia de la medicación y autorización expresa. En esos casos la EE está autorizada a dar de alta un plan de medicación o medicación de urgencia en la ficha del alumno y validar directamente dicho plan.

Lo mismo ocurre con los planes de tratamiento o control distintos de administración necesariamente de un medicamento.







Por ejemplo si su hija/o necesita que le revisen un vendaje, temperatura, debe hacersele controles de glucosa (diabéticos) u otros, podrá indicarlo en esta sección de CONTROLES, tantos si estos tienen o no un plan asociado de medicación o protocolo específico.

Al igual que en medicación, aquí se puede detallar por Ud. o la EE el plan específico o adjuntar la documentación pertinente de plan de cuidados, protocolos, etc.

A screenshot of a mobile application form titled 'Nuevo control'. The form has a white background and a grey border. At the top right is a close button 'x'. The form contains several sections: 'Nombre del control' with a text input field and 'Hora gastada' with a text input field containing '16:50'; 'Alimentación / Actuación (descripción)' with a text input field; 'Mediciones a controlar' with a grid of checkboxes for 'TA (mmHg)', 'Fr. Cardíaca (lpm)', 'Fr. Respir. (Rm)', 'Tª (C°)', 'Glucemia (mg/dl)', 'Peso (Kg)', and 'Altura (cm)'; 'Fecha inicio' with '03-10-2018' and 'Fecha fin' with '03-10-2018'; 'Frecuencia' with a dropdown menu; 'Plan de medicación asociado' with a dropdown menu showing 'Seleccionar medicación'; 'Comentarios' with a text input field; 'SUBIR DOCUMENTACIÓN:' with a 'Descripción' text input field; and three buttons at the bottom: a green 'GUARDAR' button, a red 'CERRAR' button, and a pink 'SELECCIONA DOCUMENTO' button.

2.3. Gestor documentación.

Descripción	Origen	Categoría documento	Fecha de subida	
Intolerancias alimentarias	FICHA SALUD	Protocolo / informe médico	03-10-2018	 
Sin especificar	MEDICACIONES	Recetas / prescripción médica	03-10-2018	 

En este apartado, Ud, podrá acceder a visualizar o añadir cualquier otra documentación previamente adjuntada a la ficha de su hija/o ó tutelado pulsando en el icono



2.4. Acceso a historia de intervenciones

Tanto desde el icono de inicio como desde la propia ficha del alumno, Ud. podrá acceder a todo el detallado de las intervenciones o actuaciones realizadas por al EE.

Este registro es de obligado cumplimiento por la EE.

Normalmente Ud, será siempre contactado en caso de necesidad o urgencia, o notificado de forma expresa por SNapp con un aviso a su correo, pero normalmente SNapp enviará un aviso a su email, notificándole de que su hija/o o tutelado ha sido atendido por el servicio sanitario del colegio.

NO SE ALARME SIN NECESIDAD

Recuerde que la EE está obligada a registrar todo lo que hace, pero su intervención puede ser tan banal como poner una tiritita en una rozadura de zapato.

Por normativa de seguridad no podemos mandarle ningún detalle personal a su correo electrónico, por lo que para conocer el detalle deberá acceder con su usuario.

En esta pestaña visualizará un resumen de las intervenciones realizadas y/o planificados controles o medicaciones.

Fecha	Hora	Descripción	Clasificación rápida (Estadísticas Colegio)	Precisa traslado a centro o servicio sanitario	Precisa aviso a padres para llevar a casa
09-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-09 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
08-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-08 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
07-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-07 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
06-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-06 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
05-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-05 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
04-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-04 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO
03-10-2018	15:00	Resumen de intervención realizada: 2018-10-03 - 15:00, augmentine, 4.5ml, 2018-10-03, 2018-10-09, Cada 1 día	O/T	NO	NO