

Preferiblemente puede completar este formulario con su usuario seguro online en

[www.snapp.care](http://www.snapp.care) si no dispone de este por solicítelo

en secretaría o escriba a: [helicon@schoolnurses.es](mailto:helicon@schoolnurses.es)



## Autorización para la asistencia, consentimiento informado y toma de datos:



## Servicio Enfermería Escolar

Yo D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,  
como \_\_\_\_\_ madre/padre/tutor \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **alumno/a**  
\_\_\_\_\_, curso, \_\_\_\_\_ letra \_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_ autorizo a que mi hijo/tutelado sea atendido y valorado/a por el servicio de enfermería del centro escolar 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, privada y anonimizada.

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 completó de forma voluntaria, y que considero relevante transmitir a la fecha sobre la salud de mi hijo/a/tutelado.

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.

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

Firma: .....

Fecha de toma de datos\*: .....

\* Esta encuesta podrá solicitar que sea actualizada anualmente, o con mayor frecuencia en casos concretos y por razones médicas.

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.

# FICHA SALUD ESCOLAR

FECHA : \_\_\_\_\_



Por favor complete el formulario lo mejor que pueda. Si hay preguntas que no sabe o no quiere contestar déjelas en blanco.

<b>Nombre del alumno:</b>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F. de nacimiento (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
<b>Contacto y datos FAMILIARES/TUTORES</b>				
Nombre Madre:	<input type="text"/>	DNI/ID:	<input type="text"/>	
Móvil:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>	
Nombre Padre:	<input type="text"/>			
Móvil:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>	
Tutor o autorizado:	<input type="text"/>	Relación:	<input type="text"/>	
Móvil:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>	

## Antecedentes médicos y/o patologías Crónicas

	SI (*)	NO	Observaciones/detalle/tratamiento en caso de urgencia *		
<b>Alergia a medicamentos y/o excipientes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<b>Alergia alimentaria</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<b>Intolerancia alimenticia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<b>¿Requiere medicación, tratamiento para controlar los síntomas?</b>					
Completar sólo si ha respondido SI a las anteriores preguntas.					
<b>Otras Alergias</b> (Polen, ácaros, picaduras, latex, animales, etc.)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Problemas respiratorios</b> (asma, Bronquitis de repetición, inmadurez pulmonar, otros)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Problemas digestivos</b> (estreñimiento, parasitosis, reflujo, gases, indigestión...)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Problemas neurológicos</b> (convulsiones febriles, epilepsia, TDAH, cefaleas, migrañas, etc.)	SI	NO	SI (*)	NO	¿Cuales?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Problemas cardíacos</b> (soplo, arritmias, estenosis, otros)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Trastornos de espectro autista</b> (generales del desarrollo, síndrome de asperger, etc.)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Trastornos de movimiento</b> (escoliosis o cifosis, pies planos, problemas articulares, musculares, etc.)	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Intervenciones quirúrgicas realizadas</b>	SI	NO	SI (*)	NO	Detallar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Otros que quiera comunicarnos</b>	<input type="text"/>				
<p>Si ha contestado SI a alguna de estas preguntas, el enfermero/a se pondrá en contacto para confirmar (*) tratamientos, y deberá presentar copia del informe médico, prescripciones y/o recetas debidamente firmadas por el facultativo, a estela para su correcto registro y archivo y coordinación en caso de necesidad.</p>					
<b>Vacunación Comunidad Autónoma</b> ¿tiene las dosis de vacunación previstas al día?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC	<b>Vacunación no incluida en calendario oficial</b> ¿ha sido vacunado contra?:	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Meningitis B
			<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Otras	

Nombre, DNI, y Firma como representante del menor: .....

Fecha de toma de datos\*: .....

(En caso de tener más de un hijo/tutelado en el centro, por favor se le ruega completar un formulario por cada hijo/tutelado)