

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA REDVITAL SALUD**

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"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
MADRE	<input type="text"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
OTRO	<input type="text"/>	TLF FIJO	<input type="text"/>	MÓVIL	<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

Manifiesto que los datos facilitados son veraces y completos, comprometiéndome a comunicar cualquier modificación o actualización de los mismos, y mi consentimiento para la comunicación de los datos tratados a los siguientes destinatarios:

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	A la empresa responsable del servicio de comedor se facilitan datos relativos a salud tales como informes médicos sobre tratamiento, alergias alimenticias, etc. del menor para la gestión/o tramitación de dietas o menús específicos por el servicio de comedor;
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Al centro educativo y/o a las entidades que realicen actividades escolares, extraescolares o servicios complementarios para la gestión o participación en actividades y/o excusiones que realice o en las que participe el centro y para cuya realización sea necesario acceder a datos de salud del alumnado

Lugar y fecha: En Alcalá de Henares, a ____ de _____ de _____

FIRMA TUTOR 1**FIRMA TUTOR 2**

Fdo. _____

Fdo. _____

Si solo firmase uno de los dos progenitores, el/la mismo/a declara tener la potestad suficiente y autorización del/de la otro progenitor/a; en tal caso exonera a entidad de cualquier responsabilidad respecto de la omisión del cumplimiento de esta obligación.

De conformidad con el Reglamento de la UE 2016/679 Del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 y de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos de los siguientes extremos:

¿QUIEN ES EL RESPONSABLE DE SUS DATOS?

Identificación: REDVITAL SALUD SL

Dirección Postal: Calle José María Martorell 18 1º 2

Teléfono: 957276682

Correo electrónico: info@redvitalsalud.com

Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos -DPD: Rich Asociados SLP

Domicilio: San Fernando nº 2, 14003 Córdoba.

Correo electrónico: dpd@redvitalsalud.com

¿CON QUÉ FINALIDAD TRATAMOS SUS DATOS PERSONALES?

Prestación del servicio asistencial y/o sanitario solicitado que implica la recogida de datos de su historial clínico y salud. Gestión económica, administrativa y archivo de los datos de los pacientes para el desarrollo de la actividad y seguimiento de los tratamientos realizados.

¿CUÁNTO TIEMPO CONSERVAREMOS SUS DATOS?

Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Los datos personales de los pacientes de esta actividad de tratamiento y su historial clínico se conservarán el tiempo legalmente establecido al amparo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y como mínimo cinco años desde la finalización de la prestación del servicio.

¿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 – o su representante legal- y el consentimiento prestado éste último, así como para el cumplimiento de las obligaciones legales según el artículo 6.1 del RGPD.

¿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 conciernen, 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 salud y antecedentes familiares.

- Datos de carácter identificativo.

¿A QUÉ DESTINATARIOS SE COMUNICARÁN SUS DATOS?

Los datos facilitados podrán comunicarse al centro educativo- en caso de ser necesario-, a entidades sanitarias en caso de ser necesario para la prestación del servicio, entidades aseguradoras, a Administración Pública con competencia en la materia, así como a distintos profesionales vinculados con la entidad necesarios para la prestación del servicio. No realizamos transferencias internacionales de datos.