

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE ALERGIAS E/O INTOLERANCIAS DEL ALUMNADO

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS	NOMBRE	F. NACIMIENTO	AULA

ALERGIAS (Marcar SI o NO según proceda)

Medicamentos		Alim ntos		Ambientales		Otras (Indicar el tipo de alergia):
SI	NO	SI	NO	SI	NO	

Describir el tipo de alergia que padece:

Vías de entrada				Reacción		
Ingestión	SI	NO	Urticaria	SI	NO	
Inhalación	SI	NO	Vómitos	SI	NO	
Contacto	SI	NO	Anafilaxia	SI	NO	
Otra:			Otra:			

Los síntomas de la alergia pueden empeorar en caso de asma. ¿Es asmático/a? SI NO

MEDICACIÓN EN CASO DE REACCIÓN

Antihistamínicos	SI	NO	Epinefrina	SI	NO	Otro:
Dosis:						
Vía de administración:						

¡¡En el caso de necesitar medicación la familia contactará con la dirección del centro para iniciar el protocolo de medicación!!

El firmante queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente al Colegio Mariano Munera, para recabar y tratar automatizadamente en un fichero que es responsable de los datos recogidos en el presente formulario (cuya cumplimentación de todos sus apartados es obligatoria para la prestación del servicio solicitado). Este fichero sólo tiene la finalidad de proceder a la gestión adecuada de las alergias e intolerancia de los alumnos/as. El responsable del fichero es el propio Colegio ante el cual podrá, la persona interesada, ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, enviando una comunicación a la Dirección. Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento.

En La Gineta a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____ DNI: _____

– Padre, madre o tutor/a legal –

La firma de este documento autoriza al Equipo Directivo a la difusión del mismo entre los miembros del personal docente y no docente del Centro con el fin de poder garantizar, en la medida de lo posible, una correcta vigilancia y prevención de la enfermedad de sus hijos.

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ALUMNADO

DATOS DEL ALUMNO/A

DATOS DEL ALUMNO/A				
APELLIDOS		NOMBRE	F. NACIMIENTO	AULA

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Marcar SI o NO según proceda)

Asma		Diabetes		Cardiopatías		Crisis convulsivas	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Otras (describir el tipo de enfermedad que padece):							

MEDICACIÓN EN CASO DE NECESIDAD

Tipo de medicación:
Dosis:
Vía de administración:
<i>¡¡En el caso de necesitar medicación la familia contactará con la dirección del centro para iniciar el protocolo de medicación!!</i>

El firmante queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente al Colegio Mariano Munera, para recabar y tratar automatizadamente en un fichero que es responsable de los datos recogidos en el presente formulario (cuya cumplimentación de todos sus apartados es obligatoria para la prestación del servicio solicitado). Este fichero sólo tiene la finalidad de proceder a la gestión adecuada de las enfermedades crónicas de los alumnos/as. El responsable del fichero es el propio Colegio ante el cual podrá, la persona interesada, ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, enviando una comunicación a la Dirección. Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento.

En La Gineta a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: _____ DNI: _____

– Padre, madre o tutor/a legal –

La firma de este documento autoriza al Equipo Directivo a la difusión del mismo entre los miembros del personal docente y no docente del Centro con el fin de poder garantizar, en la medida de lo posible, una correcta vigilancia y prevención de la enfermedad de sus hijos.