



**salesianos**

DOMINGO SAVIO · LOGROÑO

## ANEXO II

Si hubiera datos relacionados con la **SALUD** que el centro deba conocer, los padres/tutores legales deberán cumplimentar el **ANEXO II** para que su hijo/a o tutelado/a pueda recibir la atención necesaria por parte de los profesionales del centro.

### DATOS REFERENTES A LA SALUD DEL ALUMNO

La familia deberá cumplimentar los datos que el centro deba conocer, con el objeto de que su hijo reciba la atención necesaria por parte de los profesionales del mismo.

En su caso, se deberá adjuntar el informe del profesional competente y autorizar expresamente al centro si pudiera ser necesario tener que realizar algún tipo de intervención o administrarle algún medicamento al menor durante el horario escolar, motivado su estado de salud.

<b>ESTADO DE SALUD GENERAL:</b>	
<b>VACUNACIONES:</b>	
<b>OBSERVACIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS:</b>	
<b>ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO:</b>	
<b>DISCAPACIDADES FÍSICAS, PSÍQUICAS O SENSORIALES:</b>	
<b>OTROS DATOS DE SALUD RELEVANTES PARA EL CENTRO:</b>	



# salesianos

DOMINGO SAVIO · LOGROÑO

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

### DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:					
NOMBRE:					
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD	

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	

EXPONE

### A) INTERVENCIÓN CONTINUADA

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_ . Se adjunta receta o informe médico para conocimiento del Centro.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento \_\_\_\_\_ , conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

### B) INTERVENCIÓN PUNTUAL EN ESTADO DE CRISIS

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_ (alergia/asma/diabetes, epilepsia...). Se adjunta informe médico para conocimiento del Centro.

Que como consecuencia de lo anterior, en determinadas ocasiones, al entrar en contacto con dicha sustancia, puede sufrir una crisis en su enfermedad que suponga un peligro real y grave para su salud.



# salesianos

## DOMINGO SAVIO · LOGROÑO

Que en esta situación de crisis, necesita con carácter urgente la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

D/Doña. \_\_\_\_\_ en mi calidad de padre / madre / tutor/a del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional no sanitario bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

Asimismo, por la presente eximo al centro y al personal que atendió a mi hijo/a de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Firma Padre/Madre/Tutor/a:

D/Doña. \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS:

1. La administración de medicamentos, por parte del personal del centro, solo tendrá lugar en aquellos casos en los que resulte imprescindible suministrarlos en horario lectivo, o en su caso, en horas en las que el menor permanece en el centro educativo.
2. El personal del centro no sanitario administrará los medicamentos, siguiendo las indicaciones señaladas en la receta o informe médico, cuya copia deberá adjuntarse a la solicitud y autorización de administración del medicamento en cuestión, de la misma manera que haría el padre, madre o tutor.
3. Solamente se podrán administrar medicamentos que no requieran de preparación.
4. La familia aportará al centro toda la información complementaria necesaria que pueda solicitar el centro para atender mejor el requerimiento solicitado.
5. El centro tratará la información médica facilitada, a los efectos señalados en la presente autorización, con el objetivo de posibilitar la prestación del servicio educativo al alumno/a.



# salesianos

DOMINGO SAVIO · LOGROÑO

En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de **salud** que nos proporciona relativos a la **dosis y medicación**, de su hijo/a menor o tutelado serán tratados por parte de COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO, en calidad de responsable del tratamiento con la finalidad de suministrar la mencionada medicación bajo sus instrucciones y observaciones directas conforme al presente formulario de toma de medicación. Si así lo considerase, para el caso excepcional de una posible urgencia médica, puede proporcionarnos copia de los informes médicos oportunos. El tratamiento de datos de salud es calificado por El Reglamento 2016/679 de 27 de abril de 2016 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas como categorías especiales de datos. No procederemos a la elaboración de perfiles.

La base jurídica del tratamiento es la relación contractual o precontractual de los padres con la Escuela Infantil, así como el consentimiento expreso de los mismos para el tratamiento de los datos de salud del menor.

En su caso, y como consecuencia del tratamiento de datos, se pueden realizar cesiones de datos a entidades hospitalarias o servicios de urgencia.

Asimismo, le informamos que salvo obligación legal o consentimiento expreso por su parte que COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO no cederá sus datos a terceras personas distintas de las, en su caso, aquí identificadas.

COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO no procederá a la elaboración de perfiles. No existe previsión de realización de transferencias internacionales de datos. La fuente de los datos son los padres o tutores del niño o de familiares autorizados.

Los padres o tutores o familiares tienen derecho por sí mismos, o mediante representación legal debidamente acreditada del menor, a obtener confirmación sobre si COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO está tratando los datos personales propios y del menor; por tanto, tiene derecho a su acceso, a rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, así como también ejercer los demás derechos recogidos por la normativa de la forma que se explica en la información adicional. Se pueden ejercitar los derechos mencionados en los términos establecidos en la normativa vigente dirigiéndose a COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO, Camino San Adrián , nº 22 26008 Logroño (provincia de La Rioja),E mail: [protecciondatos@salesianosrioja.com](mailto:protecciondatos@salesianosrioja.com)

Asimismo, podrá solicitar a los datos de contacto de COLEGIO SALESIANOS DOMINGO SAVIO información adicional detallada sobre nuestra política de protección de datos. Y en nuestra página web <https://salesianosrioja.com>

AUTORIZO  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR.