

COMUNICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA Y POSIBILIDAD DE EMERGENCIA SANITARIA EN EL CENTRO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A

APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	TELÉFONO:
CURSO:	GRUPO:
EMAIL:	

2. ENFERMEDADES QUE PADECE (Marque con una x lo que proceda)

	SIN POSIBLE CRISIS EN EL CENTRO	CON POSIBLE CRISIS EN EL CENTRO	COMENTARIOS
<input type="checkbox"/> ALERGIA ALIMENTARIA			
<input type="checkbox"/> ALERGIA MEDICAMENTOS			
<input type="checkbox"/> OTRAS ALERGIAS			
<input type="checkbox"/> ASMA			
<input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA			
<input type="checkbox"/> DIABETES			
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA			
<input type="checkbox"/> ESCOLIOSIS			
<input type="checkbox"/> CÁNCER			
<input type="checkbox"/> HEPATITIS B/C			
<input type="checkbox"/> SIDA			
<input type="checkbox"/> OTROS			
<input type="checkbox"/> NINGUNA			

3. MEDICACIÓN Y /O PAUTAS A SEGUIR EN CASO DE UNA CRISIS EN EL CENTRO

(IMPORTANTE: Debe acompañarse de informe médico)

MEDICACIÓN:

PAUTAS A SEGUIR:

¿DEJA MEDICACIÓN EN EL BOTIQUÍN DEL CENTRO? SÍ NO

4. TELÉFONOS A LOS QUE AVISAR EN CASO DE URGENCIA

1º..... Hogar familiar Padre Madre Tutor/a Otros.....

2º..... Hogar familiar Padre Madre Tutor/a Otros.....

3º..... Hogar familiar Padre Madre Tutor/a Otros.....

SEÑALAR CON UNA X:

Autorizo al CPIFP Hurtado de Mendoza a que estos datos estén a disposición del profesorado y PAS en la Carpeta de Emergencias, a administrar la medicación que se deja en el Centro y a seguir las pautas indicadas

Autorizo a que el CPIFP Hurtado de Mendoza comunique estos datos al centro de trabajo donde realizo FCT, a administrar la medicación para caso de crisis y a seguir las pautas indicadas.

No autorizo a que los datos sobre mi enfermedad de los que dispone el CPIFP Hurtado de Mendoza se comuniquen al centro de trabajo donde realizo la FCT.

En..... adede 20...

FIRMA _____

MD640103r1-10/05/2022

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales, el CPIFP Hurtado de Mendoza le informa que los datos obtenidos mediante la cumplimentación de este documento serán incorporados a la Carpeta de Emergencias con la finalidad de atender una posible crisis. Los datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas. Estos datos serán compartidos/cedidos con la empresa donde usted realice la FCT si lo autoriza expresamente. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previa acreditación de su identidad, dirigiéndose a la Secretaría del Centro.