



Història clínica dels infants i adolescents a l'àmbit escolar

NOM ALUMNE: _____

Data naixement: _____

Lloc on viu: _____

ACTUALITZACIÓ RECOLLIDA DADES (DATA): _____

Curs escolar

Professor/a tutor/a

1.- Dades dels pares i/o tutors:

Nom de la mare o tutora legal:

Nom del pare o tutor legal:

Cuidadors informals (en el cas que es tinguin)

Telèfon de contacte en cas d'urgència:

A qui correspon el telèfon d'urgència:

Persona o persones de contacte:

Telèfon fixe..... **telèfon mòbil:**.....

Marqueu a qui correspon: mare / pare / tutor-a legal / tipus de familiar / cangur....

Persona o persones de contacte:

Telèfon fixe..... **telèfon mòbil:**.....

Marqueu a qui correspon: mare / pare / tutor-a legal / tipus de familiar / cangur....

Persona o persones de contacte:

Telèfon fixe..... **telèfon mòbil:**.....

Marqueu a qui correspon: mare / pare / tutor-a legal / tipus de familiar / cangur....

Altres dades familiars a considerar:

2.- Biografia sanitària de l'alumne:

☐ **Malalties a tenir en compte:**

☐ **Al·lèrgies i intoleràncies:**

☐ **Fàrmacs que utilitza habitualment i dosis (cal justificant mèdic i pautes)**

☐ **Fàrmac que cal utilitzar en cas d'agudització de malaltia crònica (amb justificant mèdic i pauta)**

☐ **Data de l'última vacuna del tètanus:**

De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, l'informem que les dades seran incorporades al fitxer sota la responsabilitat del centre educatiu, amb la finalitat de poder atendre els compromisos derivats de la relació que mantenim amb vostès i adequadament la persona a qui respon aquest document en cas de precisar-ho. Pot exercir els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició mitjançant un escrit al centre educatiu. Si en 30 dies no ens comunica el contrari, entendrem que accepta aquesta relació vinculant i necessària, i que vostè **es compromet a notificar-nos qualsevol variació**, tenint el consentiment per utilitzar-les a fi de poder atendre adequadament la persona a qui respon aquest document en cas de precisar-ho. (Serveis emergències mèdiques 112)



3.- Consentiment

El centre es compromet a informar, el més aviat possible i atenent a les circumstàncies que es visquin, al sotasignat i responsable legal de l'alumne/a en el moment que aquest/a precisi d'atenció sanitària.

En el cas de que l'alumne/a requereixi atenció sanitària urgent, per tal de poder atendre de forma prioritària i adequada a l'alumne/a el centre alertarà abans que a vostès al Servei d'Emergències 112 o al 061 i s'informarà a la família el més aviat possible, realitzant les actuacions que en resultin (possible trasllat amb ambulància a un centre sanitari).

Autoritzo al centre a prendre les actuacions necessàries en el cas assistencial i d'urgència vital, així com a facilitar la medicació que necessita el meu fill/a de forma puntual o d'urgència, coordinades amb el 112 i els protocols d'actuació específics i actualitzats segons el cas i que requereixi aquesta intervenció sanitària i/o a través dels professionals del SEM.

Ratifico que la informació aportada és certa.

Aporto la documentació vinculant necessària.

Signatura i DNI del pare/mare o tutor/a amb la guàrdia i custòdia del menor:

4. Entrega de documentació pediàtrica:

Full Informatiu del pediatre/a en cas d'al·lèrgies (alimentàries, medicamentoses...)

Full informatiu de les patologies cròniques (diagnòstics)

Medicació d'urgència per tenir al centre:

- Data de caducitat: _____

Data en que s'omple aquest document: _____
--

Persona que l'omple: _____
