

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA ESPECÍFICA EN CENTROS EDUCATIVOS

### FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN SANITARIA ESPECÍFICA

Familia del alumno/a: \_\_\_\_\_

Con el fin de actualizar registro de enfermedades crónicas y administración de medicamentos de atención sanitaria específica, tal como requiere la normativa, SOLICITAMOS devuelvan cumplimentado la presente hoja, a la mayor brevedad posible, indicando la situación actual en la que se encuentra SU HIJO/A.

La mencionada información es necesaria para poder enviarla al centro de salud que ha de ser informada cada curso ANTES DEL 15 DE SEPTIEMBRE. Así mismo es imprescindible para poder realizar la correcta atención de los menores que requieran algún tipo de cuidado por cuestiones de salud y que el centro debe conocer para establecer o actualizar el protocolo de atención, según corresponda.

En caso de producirse cambios a lo largo del curso en relación a la situación actual, estos han de ser comunicados a la dirección del centro, así como al tutor/a inmediatamente.

Agradezco de antemano su colaboración en un tema tan importante como este.

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con NIF/NIE \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ progenitor 1 o 2/tutor/a legal del  
alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_  
**informa al centro que mi hijo/a: (marcar y rellenar la opción u opciones correspondientes)**

1. NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD

2. TIENE PROBLEMAS DE SALUD (Especificar el motivo)

Se aporta certificado obligatorio     Se aportó certificado obligatorio el curso anterior.

3. SUFRE ALERGIA O INTOLERANCIA A:

Se aporta certificado obligatorio     Se aportó certificado obligatorio el curso anterior.

4. NO REQUIERE MEDICACIÓN.

5. TOMA MEDICACIÓN HABITUALMENTE, PERO NO EN HORARIO ESCOLAR.

6. NECESITA SER MEDICADO/A DE FORMA CRÓNICA EN HORARIO ESCOLAR. (Si ha marcado esta casilla deberá pasarse por Dirección en los horarios de atención de la directora para rellenar la documentación que permita establecer el protocolo de administración de la misma. En caso contrario no se le podrá administrar).

El Campello, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

## PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA ESPECÍFICA EN CENTRES EDUCATIUS

### FITXA D'ACTUALITZACIÓ DE DADES DEL REGISTRE D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS I ATENCIÓ SANITÀRIA ESPECÍFICA

Família del alumne/a: \_\_\_\_\_

Amb la finalitat d'actualitzar registre de malalties cròniques i administració de medicaments d'atenció sanitària específica, tal com requereix la normativa, SOL·LICITEM que retornen emplenat la present fulla, com més prompte possible, indicant la situació actual en la que es troba EL SEU FILL/A.

L'esmentada informació és necessària per a poder enviar-la al centre de salut que ha de ser informada cada curs ABANS DEL 15 DE SETEMBRE. Així mateix és imprescindible per a poder realitzar la correcta atenció dels menors que requerisquen algun tipus de cura per qüestions de salut i que el centre ha de conèixer per a establir o actualitzar el protocol d'atenció, segons corresponga.

En cas de produir-se canvis al llarg del curs en relació a la situació actual, aquests han de ser comunicats a la direcció del centre, així com al tutor/a immediatament.

Agraïsc per endavant la seua col·laboració en un tema tan important com aquest.

En/Na \_\_\_\_\_  
amb NIF/NIE \_\_\_\_\_ telèfon \_\_\_\_\_ progenitors 1 o 2/tutor/a legal de  
l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_

**informa el centre que el meu fill/a: (marcar i emplenar l'opció u opcions corresponents)**

1. NO TÉ PROBLEMES DE SALUT

2. TÉ PROBLEMES DE SALUT (Especificar el motiu)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'aporta certificat obligatori  Es va aportar certificat obligatori el curs anterior.

3. PATEIX AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA A:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'aporta certificat obligatori  Es va aportar certificat obligatori el curs anterior.

4. NO REQUEREIX MEDICACIÓ.

5. PREN MEDICACIÓ HABITUALMENT, PERÒ NO EN HORARI ESCOLAR.

6. NECESSITA SER MEDICAT/DA DE MANERA CRÒNICA EN HORARI ESCOLAR. (Si ha marcat aquesta casella haurà de passar-se per Direcció en els horaris d'atenció de la directora per a emplenar la documentació que permet a establir el protocol d'administració d'aquesta. En cas contrari no se li podrà administrar).

El Campello, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Signat \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_