



**CERTIFICADO DE JUSTIFICACIÓN de Enfermedades, alergias, etc.**  
**Protocolo de actuación (Para tratamientos más de una semana)**  
**Documento de obligado cumplimiento**

Para los tratamientos menores de una semana solo se deberá entregar la autorización de los padres al Servicio Médico para su administración.

**Datos del alumno**

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL INDICAN QUE NO EXISTE NINGUNA ENFERMEDAD, ALERGIA, ETC.,**

**Especificar y describir la situación**

**Muy importante: Este Certificado deberá ir acompañado con la documentación médica, etc. necesaria que justifique la situación descrita anteriormente.**

**Datos prácticos (escriba lo que corresponda):**

Fecha de inicio de la situación: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Tipo de enfermedad: \_\_\_\_\_ Tipo de alergia: \_\_\_\_\_

Hora de la toma: \_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_

Tipo y cantidades: \_\_\_\_\_

No puede hacer: \_\_\_\_\_

Otros asuntos a tener en cuenta: \_\_\_\_\_

**Muy importante:** Con el fin de recabar toda la información necesaria para mantener la seguridad de nuestros alumnos en todo momento, y dado que por su importancia debe ser actualizada cada curso escolar, necesitamos que nos indique si autorizan la administración de medicación no sujeta a prescripción médica, a juicio y criterio del Servicio de Enfermería, en caso de enfermedad común, malestar general, realización de curas y/u otras necesidades:

- Consiento la administración de medicación no sujeta a prescripción médica, a juicio y criterio del Servicio de Enfermería, en caso de enfermedad común, malestar general, realización de curas y/u otras necesidades.
- No consiento.

EN CASO DE AUTORIZACIÓN, APUNTAR EN OBSERVACIONES, LAS MEDICACIONES AUTORIZADAS EN CASO DE FIEBRE Y MALESTAR GENERAL.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





\* PREVIO A LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO O ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN, SE CONTACTARÁ CON LA FAMILIA O TUTOR DEL ALUMNO/A PARA INFORMAR DE LAS PAUTAS A SEGUIR SEGÚN LAS NECESIDADES.

### CONSENTIMIENTO EXPRESO MENORES

COLEGIO SAN AGUSTIN como **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

### INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

- Responsable del tratamiento COLEGIO SAN AGUSTIN.
- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, serán tratados con la finalidad de prestar asistencia sanitaria y gestionar adecuadamente la administración de medicamentos en caso de enfermedad común, malestar general, realización de curas y/u otras necesidades en base al consentimiento del interesado.
- Sólo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores o personas a cargo designadas por los mismos.
- Usted como interesado o representante legal, puede retirar su consentimiento, acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como ejercer otros derechos tal como se informa en nuestra política de privacidad en la web: [www.colegiosanagustin-madrid.org](http://www.colegiosanagustin-madrid.org)

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor legal:**

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma

### Muy importante:

**En caso de alergia o intolerancia alimentaria:** Deberá entregar personalmente al Servicio de Enfermería CUATRO COPIAS de este certificado y los Informes Médicos justificativos. **Cada vez que haya una modificación** de la alergia o intolerancia alimentaria, deberá notificarlo de este mismo modo. Si no es notificado se le seguirá cobrando el suplemento económico.

**En caso de antecedentes médicos o enfermedad actual:** Entregar personalmente al Servicio Médico UNA COPIA de este certificado y los Informes Médicos justificativos.

Les informamos que, según el criterio del servicio de cocina, el alumno que coma en el colegio y tenga una determinada alergia, que requiera hacer uso de una bandeja especial, se le cobrará un suplemento económico.