



Colegio Sagrados Corazones  
(Torrelavega)

## RPC03-1-5 AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALIDAS



ALUMNO: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto (padre/madre/tutor): \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN TRATAMIENTO?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO

¿QUÉ MEDICACIÓN?	¿CUÁNDO LA TOMA?	¿CÓMO LA TOMA?	¿ES SÓLO POR SI ACASO?
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿TIENE ALGUNA ALERGIA O INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO?  SI  NO

\_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DIETA ESPECIAL?  SI  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTRAS OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

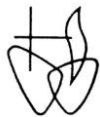
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

<b>Responsable del tratamiento</b>	<b>COLEGIO SAGRADOS CORAZONES TORRELAVEGA</b> Calle Barrio Sierrapando, 508 39300 Torrelavega, Cantabria Tfno: 942 88 14 16 <a href="http://colegiosagradoscrazonestorrelavega.com/">http://colegiosagradoscrazonestorrelavega.com/</a>
<b>Delegado de Protección de Datos</b>	<a href="mailto:pdatos@colegiossccto.es">pdatos@colegiossccto.es</a>
<b>Finalidad del tratamiento</b>	Los datos serán tratados para gestionar la presente autorización y la finalidad indicada en la misma de administración de la medicación al menor. Es imprescindible que aporte un <b>informe médico</b> donde conste el nombre del alumno, el nombre del medicamento que tiene que tomar y la pauta de administración. En caso contrario, no podremos administrar ningún medicamento.

Sierrapando, 508. 39317 Torrelavega (Cantabria). Teléfono: 942 881416



Colegio Sagrados Corazones  
(Torrelavega)

## RPC03-1-5 AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALIDAS



<b>Plazo de conservación</b>	El plazo de conservación de los datos será arreglo a la relación que vincula al alumno con el centro educativo y, en tanto no ejerza su derecho de supresión.
<b>Legitimación</b>	Los datos son tratados en base a la relación existente entre Uds. Y el centro educativo y su consentimiento.
<b>Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)</b>	Los datos no serán cedidos o comunicados a terceros, salvo en los supuestos previstos, según Ley.
<b>Derechos</b>	<p>Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Limitación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada dirigida a nuestro Delegado de Protección de Datos.</p> <p>Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo.</p> <p>Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (<a href="http://www.aepd.es">www.aepd.es</a>).</p>
<b>Firma</b>	<p>Los padres/madres/tutores D/Dña _____ y D/Dña _____ solicitan al Director/a del centro la administración al hijo/tutelado del medicamento prescrito de acuerdo con las pautas que consten en el informe médico aportado y se autoriza para su administración a los profesionales del centro.</p> <p>Con esta autorización se permite expresamente a los responsables de las actividades, que se realicen las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y/o cualquier otro procedimiento necesario al citado menor al que haya que hacer frente debido al tratamiento ordinario de una enfermedad o al producido por un accidente. Siempre en estos supuestos será informada la familia a la mayor brevedad posible en los teléfonos que figuran en la presente autorización. Asimismo, y para el caso de necesidad urgente valorada por un facultativo, damos autorización para que los Servicios Médicos del servicio de salud u otros médicos locales sometan a mi hijo/a a realizar las exploraciones, pruebas diagnósticas, tratamientos e intervenciones médicas que consideren necesarias para los supuestos de enfermedad o accidente.</p> <p>Firmado</p> <p>D/Dña _____ D/Dña _____</p> <p>En _____ a ____ de ____ de 20__</p>