

SANTA MARIA MARIANISTAK IKASTETXEA  
2020/2021 ikasturtea  
COLEGIO SANTA MARIA MARIANISTAS  
Curso escolar 2020/2021

MEDIKU FITXA  
FICHA MÉDICA

Ikasmaila:  
Curso:

Hizkia:  
Letra:

ABIZENAK / APELLIDOS::		IZENA / NOMBRE:	
JAIOTERRIA / LUGAR DE NACIMIENTO:		JAIOTEGUNA / FECHA DE NACIMIENTO:	
HELBIDEA / DOMICILIO:		POSTA KODEA D.TO. POSTAL:	UDALERRIA / LOCALIDAD:
TELEFONOAK: Etxea: TELEFONOS: Casa:	AITAREN mugikorra/lana: Móvil/Trabajo PADRE:	AMAREN mugikorra/lana: Móvil/Trabajo MADRE:	Beste batzuk / Otros:
AITAREN izena / Nombre del PADRE:			NAN / DNI:
AMAREN izena / Nombre de la MADRE:			NAN / DNI:

**Idatzi Medikuz Zerbitzuarentzat interesgarriak izan daitezkeen datu guztiak.**

Consígnense cuantos datos puedan ser de interés para el Servicio Médico.

1	<b>ELIKAGAIKIKO ALERGIAK EDO INTOLERANTZIAK (Zehaztu, eta erantsi MEDIKU TXOSTEN eguneratuaren kopia):</b> ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS (Especificar y adjuntar copia de INFORME MÉDICO actualizado):
2	<b>JANGELAN BAZKALTZEN DU? BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> / ¿COME EN EL COMEDOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>
3	<b>IZAN DITUEN EDO EGUN DITUEN GAIXOTASUN LARRIAK. (Zehaztu arazo kardiobaskularrak, artikulaziozkoak, arnasarenak edo beste batzuk) / ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAYA PADECIDO O PADEZCA EN LA ACTUALIDAD. (Especificar problemas cardiovasculares, articulares, respiratorios u otros):</b>
4	<b>BOTIKAREN BAT HARTZEN DU ESKUARKI? BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>. BAI erantzun baduzu, adierazi zer botika hartzen duen:</b> ¿TOMA HABITUALMENTE ALGUNA MEDICACIÓN?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . En caso de haber contestado SI, indique cuál:
5	<b>EBAKUNTZA KIRURGIKORIK EGIN DIOTE? / ¿HA SIDO SOMETIDO/A A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?:</b>
6	<b>ZUZENEKO FAMILIA AURREKARIAK / ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS:</b>
7	<b>EGUNEAN DARAMA TXERTOEN EGUTEGIA? BAI <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/>. EZ erantzun baduzu, adierazi zergatik:</b> ¿ESTÁ AL CORRIENTE DEL CALENDARIO VACUNAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . En caso de haber contestado NO, indique la causa:

BAIMENAK / AUTORIZACIONES

BAIMENAK / AUTORIZACIONES

Datu Pertsonalen Babesari buruzkoak:					
<p>1) Baimena ematen dut datu hauek artxibatu eta Santa Maria Marianistak ikastetxea titulartzat duen fitxategi automatizatu batean sar ditzaten, ikastetxe bateko helburu logikoetarako erabili ahal izateko (kasu honetan, bereziki, Ikastetxean ikaslearen osasunari lotuta sor daitezkeen gorabehereri eraginkortasun handiagoz erantzuteko).</p> <p><input type="checkbox"/> Ulertzen dut azaldutakoa, eta honen bidez baimena ematen dut nire datu pertsonalak eta nire seme/alaba edo/eta ordezkatuarenak ikastetxe bateko helburu logikoetarako erabili ditzaten (kasu honetan, bereziki, Ikastetxean ikaslearen osasunari lotuta sor daitezkeen gorabehereri eraginkortasun handiagoz erantzuteko).</p>					
<p>2) Era berean, adierazi nahi dut jakinarazi didatela nire datuak eskuratu, zuzendu, ezabatu, eraman, mugatu edo aurkaratzeko eskubidea dudala, baita emandako baimena ezeztatzekoa ere. Ekintza horiek gauzatzeko Santa Maria Marianistak Ikastetxera jo dezaket, Luis Heintz kaleko 5. zenbakira, edo mezu elektronikoko bat bidali <a href="mailto:atencionngpd@marias-gasteiz.org">atencionngpd@marias-gasteiz.org</a> helbidera.</p> <p><input type="checkbox"/> Ulertzen dut azaldutakoa, eta honen bidez baimena eman eta onartzen dut nire datu pertsonalak eta nire seme/alaba/ordezkatuarenak kolaboratzaile/hirugarrenei laga edo/eta komunikatzea, klausula honetan ezarritako baldintzetan, Ausolanek erabili ditzan, eskolako jantokiko menuak antolatu, prestatu eta kudeatzen dituen enpresak, dieta pertsonalizatu egokiak eman ahal izateko.</p> <p>Vitoria - Gasteizen, _____</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">Aita edo legezko ordezkaria:</td><td style="width: 50%; text-align: center;">Ama edo legezko ordezkaria:</td></tr><tr><td style="text-align: center;">Sin: _____</td><td style="text-align: center;">Sin: _____</td></tr></table>		Aita edo legezko ordezkaria:	Ama edo legezko ordezkaria:	Sin: _____	Sin: _____
Aita edo legezko ordezkaria:	Ama edo legezko ordezkaria:				
Sin: _____	Sin: _____				

Sobre la Protección de Datos de Carácter Personal:					
<p>1) Doy mi consentimiento para que estos datos sean archivados y también incluidos en un fichero automatizado del que es titular del colegio Santa María Marianistas, para los fines lógicos de un centro escolar (especialmente en este caso para atender más eficazmente las incidencias relativas a la salud del alumno que puedan sobrevenir en el Colegio).</p> <p><input type="checkbox"/> Yo por la presente, entiendo y doy mi consentimiento, para que mis datos personales y los de mi hijo/a y/o representado sean tratados para los fines lógicos de un centro escolar (especialmente en este caso para atender más eficazmente las incidencias relativas a la salud del alumno que puedan sobrevenir en el Colegio).</p>					
<p>2) Asimismo, declaro estar informado/a sobre los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento de mis datos, así como retirar el consentimiento prestado, que podré ejercitar en el domicilio del Colegio Santa María Marianistas, en la calle Luis Heintz 5, o en el correo electrónico <a href="mailto:atencionngpd@marias-gasteiz.org">atencionngpd@marias-gasteiz.org</a>.</p> <p><input type="checkbox"/> , por la presente entiendo y doy mi consentimiento y acepto la cesión y/o comunicación de mis datos personales y el de mi hijo/representado a colaboradores/terceros en los términos establecidos en la presente cláusula.</p> <p>En Vitoria - Gasteiz, _____</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">El padre o representante legal:</td><td style="width: 50%; text-align: center;">La madre o representante legal:</td></tr><tr><td style="text-align: center;">Fdo: _____</td><td style="text-align: center;">Fdo: _____</td></tr></table>		El padre o representante legal:	La madre o representante legal:	Fdo: _____	Fdo: _____
El padre o representante legal:	La madre o representante legal:				
Fdo: _____	Fdo: _____				

Datu Pertsonalen Babeserako abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoa eta 2016ko apirilaren 27ko Europako Parlamentuaren eta Batzordearen 2016/679 Araubidea (EB) betetzeko asmoz, jakinarazten dizugu zure datu pertsonalak, zuk zeuk eman dizkiguzunak zeure borondatez, fitxategi automatizatu batean sartuko direla; fitxategi horren arduraduna Santa Maria Marianistak Ikastetxea da, eta haren helburua da ikastetxeko Mediku Zerbitzuari dagozkion zerbitzuak eskaintzea. Doan erabil dezakezu zure datuak eskuratu, zuzendu, ezabatu, eraman, mugatu edo aurkaratzeko eskubidea, baita emandako baimena deuseztatzekoa ere, Santa Maria Marianistak Ikastetxera idatzi bat igorrita, NAN fotokopia erantsita duela. / De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2017, les informamos que los datos de carácter persona que Ud. ha facilitado de forma voluntaria se incorporarán a un fichero automatizado cuyo responsable es el colegio Santa María Marianistas en un fichero con el fin de desempeñar las prestaciones propias del Servicio Médico del colegio. Puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento de sus datos, así como retirar el consentimiento prestado, mediante escrito dirigido al colegio Santa María Marianistas, con una fotocopia de su DNI.