



– COLEGIO INTERNACIONAL COSTA ADEJE

En Adeje, a 23 de septiembre de 2016

Estimadas familias:

En nuestro empeño por ofrecerles cada año nuevos y mejores servicios, este curso queremos darles la **oportunidad de que sus hijos realicen un completo chequeo médico a sus hijos.**

Para esta iniciativa, nuestro colegio cuenta **con la colaboración del centro Médico “Saludines”** de Adeje especializado en pediatría.

Se trata de un **servicio voluntario para alumnos de 3 a 18 años, que tiene un coste de 45 € por alumno** y que consiste en las pruebas que se describen más adelante, el cobro se realizará por domiciliación bancaria.

Pueden decidir si desean o no acompañar a sus hijos durante el chequeo (señalar la opción elegida al final de esta circular).

Los chequeos se llevarán a cabo en el salón de actos del colegio a partir del lunes 3 de octubre, en horario de 9:00 a 13:00h, se les asignarán turnos según etapas.

Los padres que estén interesados deben leer el siguiente consentimiento y entregarlo firmado en secretaría antes del 29 de septiembre.

A mediados de octubre se les entregará en un sobre cerrado un completo informe que podrán retirar en el colegio.

Esperando que esta nueva iniciativa sea de su interés.

Reciban un cordial saludo,

La Dirección.



– COLEGIO INTERNACIONAL COSTA ADEJE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO ESCOLAR ANUAL

En cumplimiento del marco normativo vigente, se le comunica que entre las obligaciones del seguro médico escolar, se encuentra el garantizar a los alumnos la vigilancia periódica de su estado de salud, por lo que le rogamos lea en su totalidad el documento.

En este sentido, esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando los tutores o representantes legales presten su **CONSENTIMIENTO**. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los alumnos, se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad del alumno, así como de la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Los resultados obtenidos serán comunicados a los padre/madres o tutores de los alumnos.

El acceso a la información médica se limitará al personal sanitario que realizará el reconocimiento médico, sin que pueda facilitarse esta información al centro o a otras personas sin consentimiento expreso del padre/madre o tutor del alumno.

El reconocimiento médico está conformado por las siguientes exploraciones:

- **Somatometría:** Medición de peso, talla y cálculo de índice de masa corporal.
- **Exploración General y Constitucional.**
- **Exploración de Aparato Respiratorio:** Auscultación pulmonar, pulxiosimetría e inspección torácica.
- **Exploración de Aparato Cardiovascular:** Auscultación cardíaca, con toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- **Exploración de Aparato Locomotor:** Valoración de columna vertebral, caderas y extremidades.
- **Muestra-Toma de Glucemia Capilar.** Solo a los alumnos mayores de 6 años.

Al finalizar el reconocimiento médico, se le entregará a cada niño un informe firmado por el médico que ha llevado a cabo el reconocimiento. En el caso de que en el transcurso del mismo se apreciara o sospechase por parte del equipo médico, un resultado fuera de los parámetros normales, se haría constar por escrito en dicho informe facilitándose las recomendaciones específicas para cada situación.



– COLEGIO INTERNACIONAL COSTA ADEJE

PARA FACILITAR EL RECONOCIMIENTO MEDICO SE PRECISA LA SIGUIENTE INFORMACION:

- PADECE EL NIÑO/A ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA SI - NO
- SI LA RESPUESTA ANTERIOR HA SIDO AFIRMATIVA, ESPECIFICAR QUÉ ENFERMEDAD Y SI EN LA ACTUALIDAD ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO. _____

Se informa al padre/madre o tutor que se encuentra protegido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y sus datos se incorporan al correspondiente fichero gestionado por este Departamento, autorizándole a la utilización y tratamiento de los mismos, para cualquier finalidad relacionada con la Salud. El Departamento de Salud centro educativo, garantiza la seguridad en la custodia, almacenamiento y utilización de los datos, restringiendo la difusión de los mismos exclusivamente para fines de vigilancia y control de la salud, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal.

- ACEPTO que realicen el chequeo médico a mi hijo/a **con mi presencia.**
- ACEPTO que realicen el chequeo médico a mi hijo/a **sin mi presencia.**

Padre/Madre o Tutor legal:

D.N.I.:

Nombre del hijo/a:

Curso escolar:

Fecha:

Firma: