



DEPARTAMENTO DE SANIDAD
OSASUN SAILA

DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD DE ANTECEDENTES MÉDICOS
OSASUN ARAZOEN AURREKARIEN KONFIDENTZIALTASUN AGIRIA

Osasun Sailari helarazitako informazio mediku guztiak konfidentzialtzat hartuko dira zure seme/alaba egoki artatua izateko.

Garrantzizko edo osagieak jakingarri edozein berri, aurrekari mediku, kirugiko edo artatzebide izanez gero, adierazi ezazu hemen.

.....
.....
.....
.....
.....

Ikastetxeko osagileari zuzen-zuzenean jakinarazi nahi izanez gero, egin hitzordua zenbaki honetan: 944533308.

Zenbait egoeratan Ikastetxeko lankide batzuek ere jakin behar dute zure seme/alabaren osasun arazoa, litezkeen ondoriak ekiditeko. Horrexetarako bete hemengo baimena.

..... Jauna eta Andrea

ikaslearen guraso/tutoreek baimentzen dugu Ikastetxeko osagilea gure seme/alabaren osasun arazoa hurrengoetan soilik partekatzerako: larriagotzeen prebentzio edo larrialdiko sintoma klinikoak agertzekotan.

Baimentzen du Ez dut baimentzen

Data: 201...ko,ak

Todas las informaciones médicas que se aporten al Departamento de Sanidad son consideradas confidenciales y contribuyen a que su hijo/a esté adecuadamente atendido.

Si considera que existe alguna información, referente a antecedentes médicos o quirúrgicos y/o tratamientos que pueda resultar relevante o que el médico deba saber para atender mejor a su hijo/a, indíquela en el apartado siguiente:

.....
.....
.....
.....

Si cree necesario comunicárselo personalmente al médico del centro, puede concertar cita llamando al Colegio: 944533308.

Existen ocasiones en las que se hace necesario que otros profesionales del centro conozcan el problema de salud de su hijo/a para prevenir posibles consecuencias, por lo que estimamos de importancia cumplimenten la siguiente autorización:

D.
y Dña.,
padres/tutores del alumno/a

....., autorizan al médico del Colegio a compartir información del estado de salud de nuestro hijo/a, única y exclusivamente para la prevención de recaídas y/o aparición de cuadros clínicos que puedan requerir atención urgente.

Sí autorizo No autorizo

Fecha: de de 201...

Firma
Sinadura