



DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD DE ANTECEDENTES MÉDICOS

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 Departamento deba saber para atender mejor a su hijo/a, indíquela en el apartado siguiente.

Si cree necesario comunicárselo personalmente al médico o a la enfermera del centro, puede concertar cita llamando al colegio: 944.533.308.

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.

Dn. _____ y Dña. _____
padres/tutores del alumno/a _____ autorizan al
Departamento de Sanidad del colegio a compartir información del estado de salud de nuestro
hijo/a, única y exclusivamente en aquellos casos en los que considere importante para la
prevención de recaídas y/o aparición de cuadros clínicos que puedan requerir atención
urgente.

Sí autorizo

No autorizo

Fecha:

Firma



Colegio

PP. Agustinos
Lauroeta Etorbidea, 6 -
48180 LOIU (Bizkaia)
Tel. 04 452 22 08 Fax 04

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

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

Ikastetxeko osagileari zuzen-zuzenean jakinarazi nahi izanez gero, egin hitzordua zenbaki honetan:: 944.533.308.

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 partekatzeraz:
larriagotzeen prebentzio edo larrialdiko sintoma klinikoak agertzekotan.

Baimentzen dut

Ez dut baimentzen

Data:

Sinadura