

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y EXCESIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Don/doña _____ CON DNI _____

Padre/madre/tutor del alumno/a _____ CURSO: _____

Solicito y Autorizo al equipo de monitoras del comedor del colegio _____, a administrar a mi hijo/a los medicamentos que entrego y especifico más abajo, y que están prescritos en la receta médica que presento junto a esta autorización, para facilitar a SERCLYM el cotejo y la veracidad del protocolo de administración que a continuación detallo (solo se administrará medicación pautaada por orden médica) en cantidad y horario que a continuación reitero) y desde ___/___/___ hasta ___/___/___:

Medicamento/s NOMBRE			
LABORATORIO			
Nº LOTE			
DOSIS			
HORA			

Información y normas:

1. Solo se suministrará medicación prescrita por un médico o facultativo sanitario.
2. Preferiblemente no se aceptará ni custodiará documentos médicos (recetas, informes), sino que se exige que los padres o tutores transcriban las indicaciones médicas en esta autorización. Si deben mostrar siempre, a la entrega de la autorización, el documento médico que evidencia la veracidad de los datos.
3. Solo se aceptarán las cajas originales del medicamento y blisters del mismo lote que la caja. En caso de suministrar una caja con más dosis de las prescritas, se devolverá a los padres/tutores la caja una vez acabado el tratamiento con todo el medicamento sobrante.

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que todos los datos proporcionados sobre salud, medicamentos, así como cualquier otro documento o información del que permita inferirse el estado de salud del alumno, pasarán a formar parte de SERCLYM S.L. como Responsable del Tratamiento y serán tratados exclusivamente con la finalidad de ejecutar el protocolos de administración. Los datos serán conservados durante el periodo de tratamiento, procediendo a su destrucción o borrado cuando éste finalice. La base de legitimación para el tratamiento de los datos de salud del alumno es el consentimiento expreso y por escrito del padre, madre o tutor, como representante legal, para la ejecución de la prestación del servicio y el interés vital del alumno. SERCLYM S.L. informa que no cederá los datos de salud de los alumnos a terceras partes, a menos que medie su consentimiento expreso. SERCLYM S.L. ha adoptado medidas de seguridad apropiadas para garantizar la confidencialidad de los datos y velar porque sólo las personas autorizadas tengan acceso y/o puedan tratar los mismos. En cualquier momento, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de los datos, enviando un escrito acompañado de una fotocopia del DNI del padre, madre o tutor y del DNI del alumno, o cualquier otro documento identificativo equivalente, a la dirección postal C/Orense nº12, 28020, Madrid o al correo electrónico serclym@serclym.es. Si algún padre, madre o tutor considerase que los datos no son tratados correctamente por SERCLYM S.L. o que las solicitudes de ejercicio de derechos no han sido atendidas correctamente, tiene el derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de protección de datos que corresponda, siendo la Agencia Española de Protección de Datos la indicada en el territorio nacional, www.agpd.es.

Para que conste, declaro haber entendido la información facilitada y consiento de forma expresa y por escrito el tratamiento que se efectuará de los datos de salud del alumno.

_____, _____ de _____ de 2023

Firma