

Cualquier cambio en la evolución de las necesidades del niño, deberá ser debidamente notificada, actualizando toda la documentación aquí solicitada.

ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALIDEZ SIN EL CERTIFICADO MÉDICO.

En cumplimiento del Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de los siguientes aspectos.

- Los datos personales recabados mediante el presente formulario deberán proporcionarse obligatoriamente, siendo incorporados a un fichero dado de alta ante el Registro General de Protección de Datos a nombre de SERUNIÓN, S.A.U., con la finalidad de gestionar adecuadamente el servicio en aquellos supuestos en que sea precisa una dieta especial. La negativa a facilitar los datos requeridos en el presente formulario, impedirá la prestación de dicho servicio al usuario.
- El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos, comprometiéndose a comunicar cualquier variación de los mismos, de forma que respondan con veracidad a la situación actual del usuario del servicio.
- El afectado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a lopd@serunion.elior.com o por correo postal a "Derechos LOPD" Serunión, Avda. Josep Tarradellas, 34-36, 08029 Barcelona.
- Sin perjuicio de todo lo anterior, se tomarán las medidas oportunas para garantizar el acceso permanente a la información facilitada en la presente ficha, por parte de todo el personal de la cocina y de comedor.

Firma de conformidad del padre/madre/tutor legal:

DNI:

Fecha:

FICHA ALUMNO CON DIETA ESPECIAL

A cumplimentar por el padre/madre/tutor, sólo si el niño/a tiene necesidad de seguir una dieta específica

MUY IMPORTANTE: para poder facilitar la dieta, se debe cumplimentar el presente documento (firmando la contraportada y adjuntando toda la documentación requerida así como dos fotografías actualizadas tipo carnet)

Colegio: _____

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Curso: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Tfnos de contacto: _____

FOFO

SEÑALAR LA DIETA QUE NECESITA:

Alergias / Intolerancias a:

<input type="checkbox"/>	Gluten
<input type="checkbox"/>	Lactosa
<input type="checkbox"/>	Proteína de leche de vaca (PLV)
<input type="checkbox"/>	Huevo
<input type="checkbox"/>	Pescado
<input type="checkbox"/>	Marisco
<input type="checkbox"/>	Frutos secos
<input type="checkbox"/>	Legumbres y leguminosas (incluida soja)
<input type="checkbox"/>	Frutas
<input type="checkbox"/>	Sulfitos
<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	Otra/s (*):
<input type="checkbox"/>	

Otras dietas:

<input type="checkbox"/>	Sin Sal
<input type="checkbox"/>	Diabética
<input type="checkbox"/>	Hipocalórica / Baja en colesterol

Otras observaciones o instrucciones adicionales a tener en cuenta:

(*)indicar todos y cada uno de los alérgenos implicados a eliminar de la dieta

ADEMÁS DE RELLENAR LA PRESENTE FICHA, EN TODOS LOS CASOS ES IMPRESCINDIBLE:

- Certificado médico (actualizado y obligatorio) **SE ADJUNTA** si
- En caso de necesitar tratamiento por reacción alérgica, completar y firmarla autorización para el mismo (ver siguientes páginas) **SE ADJUNTA FIRMADA** si
- En caso de necesitar medicación, facilitar los medicamentos necesarios, con sus instrucciones de conservación y uso, indicando dosificación y debidamente identificados con nombre del niño/a. **SE ADJUNTA** si

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN ALÉRGICA

Yo: _____ con DNI: _____

como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración del o de los medicamentos(*)

así como del autoinyector de adrenalina(*), siguiendo el protocolo de actuación que a continuación se describe.

(*) los medicamentos (antihistamínicos, corticoides y/o adrenalina) deberán ir con sus instrucciones de conservación, uso (dosificación y forma de aplicación) y debidamente identificados con nombre del niño

En función del tipo de reacción que presente el niño/a (de carácter leve/moderado o de carácter grave) deberá procederse como a continuación se describe:

1. EVALUAR SÍNTOMAS Y TRATAR
2. LLAMADA DE EMERGENCIA

SÍNTOMAS

REACCIÓN DE CARÁCTER LEVE O MODERADO

Picazón en la boca, leve sarpullido en labios, boca hinchada,...

Enrojecimiento, ronchas, picor o hinchazón en extremidades u otra zona del cuerpo

Dolor abdominal, náuseas, diarrea, vómito

CÓMO ACTUAR

- 1 No dejar al niño solo y estar atento a otros posibles síntomas
- 2 Darle la medicación prescrita en la dosis indicada a continuación:

- 3 Localizar el **autoinyector de adrenalina**
- 4 **Llamar a los padres o tutores**

En caso de dudar, administrar siempre el autoinyector.

REACCIÓN DE CARÁCTER GRAVE

Dificultad para respirar, tos, silbidos

Picor u opresión en el paladar y garganta

Dificultad para tragar, cambios de voz

Decaimiento, mareo

Desmayo

- 1 No dejar al niño solo. Si el pulso es débil, mantenerlo tumbado boca arriba y con los pies en alto
- 2 Administrar el autoinyector de adrenalina
- 3 **Llamar a urgencias 112 y comunicar que es una reacción alérgica**
- 4 **Llamar a los padres o tutores**

Después de administrar la medicación, SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica

BREVES INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL AUTOINYECTOR DE ADRENALINA(*)

- 1 Sujetar firmemente y retirar el tapón de seguridad
- 2 Colocar el extremo de la aguja en la parte externa del muslo
- 3 Presionar enérgicamente hasta que haga clic y mantener 10 seg.
- 4 Retirar el autoinyector y hacer un pequeño masaje



(*) Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de tener que aplicar la adrenalina, se seguirán las instrucciones indicadas en el prospecto que la acompaña.

Indicar cualquier otra observación a tener en cuenta:

Conforme al CÓDIGO PENAL, el artículo 195 establece como delito el no socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. En el artículo 20 indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Por tanto, no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate con el fin de salvar la vida del alérgico

Firma de conformidad del padre/madre/tutor legal:

Fecha:

Una copia de la presente ficha completa se guardará junto con la medicación y sus instrucciones. La medicación deberá ir siempre identificada con el nombre del niño/a.