

**AUTORIZACIÓN Y CUESTIONARIO PREVIO AL RECONOCIMIENTO MÉDICO**

RECONOCIMIENTO MÉDICO NORMAL (15€)       RECONOCIMIENTO MÉDICO NORMAL + DEPORTIVO(18€)

D/Dña.: .....con DNI: .....

Email (en mayúsculas): ..... Teléfono:.....

En calidad de tutor legal de:

**Datos del Alumno:**

Apellidos:.....

Nombre:..... Fecha de Nacimiento: .....Curso/Clase: .....

Con DNI:.....

**Antecedentes Familiares de Interés:****Antecedentes Personales (del niño):****Intervenciones Quirúrgicas:**

Amigdalectomía       Fimosis       Pólipos nasales       Cirugías  
 Adenoidectomía       Drenajes óticos       Apendicetomía       Ingresos Hosp.

Otras: .....

Vacunaciones:  Según calendario vigente

Otras vacunas: .....

Intolerancias Alimentarias: SI / NO    Alergias a Alimentos: SI / NO    Alergias a Medicamentos: SI / NO

CUALES:

Usa Gafas:  SI     NO      Usa Prótesis Auditiva:  SI     NO

Presenta algún tipo de necesidad educativa especial: .....

Solicito y autorizo que mi hijo realice el Reconocimiento Médico y me lo envíen cifrado mediante correo electrónico.

En PREVER SALUD nos importa tu salud y la de los tuyos, por ello te solicitamos tu consentimiento expreso para mandarte recomendaciones sobre actividades preventivas de salud sobre sus hijos.

**Firma**

\_\_\_\_\_

## COMPLETAR ADICIONALMENTE SI SE DESEA EL RECONOCIMIENTO MÉDICO NORMAL + DEPORTIVO

### Antecedentes Familiares de Riesgo Cardiovascular:

Solo responde en caso de que la respuesta sea afirmativa	Padre	Madre	Otros (especificar)	Tratamiento
HTA (Hipertensión Arterial)				
Arritmias				
Cardiopatía Isquémica (Angina-Infarto agudo Miocárdio)				
Diabetes Mellitus				
Hipercolesterolemia				

Otras: .....

### Antecedentes Personales del Deportista:

Solo responde en caso de que la respuesta sea afirmativa	Respuestas	Comentario
HTA (Hipertensión Arterial)		
Sincopes (perdida de conocimiento)		
Arritmias cardiacas		
Diabetes Mellitus		
Asma		
Bronquitis		
Hipercolesterolemia		
Epilepsia		
Alteraciones de la coagulación		
¿Tiene contraindicado hacer deporte?		
¿Le han operado de algo?		
¿Qué deporte practica?		
¿Toma algún medicamento?		

Otras: .....

### Clausula informativa Protección de Datos y Categorías Especiales de Datos

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la siguiente información relativa al tratamiento de sus datos de carácter personal:

El FIRMANTE, DECLARA y MANIFIESTA que ha sido informado de la política de privacidad para la prestación del servicio.

El responsable de tratamiento es en este caso Médicos y Enfermeras a Domicilio, S.L. con N.I.F B87817342 y domicilio en Calle Islas Chafarinas 21 C, 28035 Madrid. La presente clausula tiene por objeto informar del tratamiento de datos para la prestación del servicio: (RECONOCIMIENTO MÉDICO ESCOLAR).

Para la ejecución del contrato será necesario, entre otros, tratar las diferentes categorías de datos: Datos identificativos, contacto, económicos, características personales y circunstancias sociales. Para la prestación del servicio también será necesario tratar determinadas categorías especiales de datos en función del cliente, en concreto de salud y aquellos que surjan de la prestación de las sesiones.

Los datos que le solicitamos son adecuados, pertinentes y estrictamente necesarios y en ningún caso está obligado a facilitarnoslos, pero su no comunicación podrá afectar a la finalidad del servicio o la imposibilidad de prestarlo.

Tratamos la información que nos facilita con la finalidad de prestar correctamente el servicio que contrata. La base legal para el tratamiento de sus datos personales es el consentimiento que nos proporciona por medio del presente documento y la posterior ejecución del contrato que, entre otras cosas, será necesaria para fines de medicina preventiva, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social para categorías especiales de datos.

El RESPONSABLE no comunicará sus datos a ningún tercero, salvo que se consienta expresamente, exista una obligación legal o el servicio lleve implícito la comunicación.

Sus datos, serán conservados el tiempo mínimo necesario para la correcta prestación del servicio ofrecido, así como para atender las responsabilidades que se pudieran derivar del mismo y de cualquier otra exigencia legal. En este sentido, los datos relativos al Historial Clínico serán conservados, de conformidad con la normativa de autonomía del paciente y demás normativas autonómicas, como mínimo cinco años (puede ser superior en función de la comunidad).

Los titulares de los datos personales obtenidos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas, dirigiendo una comunicación por escrito al domicilio social del RESPONSABLE o al correo electrónico habilitado a tal efecto, [dpo@preversalud.es](mailto:dpo@preversalud.es), incluyendo en ambos casos fotocopia de su DNI u otro documento de identificación equivalente, si fuese necesario. Asimismo, puede dirigir sus reclamaciones frente a la autoridad de protección de datos que corresponda, siendo la AEPD la indicada en el territorio nacional, [www.aepd.es](http://www.aepd.es).