



Protocolo de SALUD

Aprobado por: Equipo de Dirección, enero de 2024
Próxima revisión: enero 2025

Información general del Protocolo de Salud

Las familias deberán firmar la “Declaración de Salud” (detallada al final de este documento, Apéndice 1) cuando matriculan a sus hijos. Igualmente, deben respetar este protocolo de Salud.

En caso de necesitar que le administren medicación temporal adicional, por favor contacte con la enfermera del colegio Júlia Campos en jcampos@stpeters.es para que les proporcione la solicitud necesaria (pueden verlo en el Apéndice 2, al final de este documento).

Enfermedades infecciosas más frecuentes en los niños en edad escolar

Como norma general todas las enfermedades que cursan con fiebre, **es necesario que los alumnos estén 24 horas sin fiebre** antes de volver al colegio.

A continuación, les pongo los criterios de retorno al colegio para algunas de las enfermedades infecciosas más frecuentes en edad escolar:

- **Diarrea:** Podrá volver entre 24-48h después de la última deposición diarreica.
- **Pediculosis (Piojos) :** Podrá volver al colegio cuando haya hecho el tratamiento anti piojos y estos hayan sido eliminados.
- **Conjuntivitis:** Si es supurativa podrá volver al colegio 24h después de iniciar el tratamiento. Si no es supurativa, puede venir al colegio con normalidad
- **Varicela:** Hasta que todas las lesiones tengan costra o al menos 6 días después del inicio de las erupciones.
- **Amigdalitis bacteriana que precisa antibiótico:** 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico.

Si a sus hijos se les diagnostica con alguna enfermedad que no aparece en la lista, por favor contactad con nuestra enfermera Júlia Campos en jcampos@stpeters.es, ya que actualmente hay más enfermedades que excluyen el alumnado de la escuela.

APÉNDICE 5. DECLARACIÓN DE SALUD

El tutor legal del estudiante

DECLARA (por favor, elija una de las dos siguientes opciones)

Que NO TIENE ALERGIA, ENFERMEDAD, NI INTOLERANCIA CONOCIDA.

1 - Que en fecha ____/____/____ el doctor _____ nº colegiado _____ ha **diagnosticado** al alumno con la siguiente alergia/enfermedad:

2 - Que acredita el diagnóstico con una copia testimoniada auténtica de la prescripción facultativa.

3.- Que, teniendo en cuenta el diagnóstico y con el fin de prevenir posibles incidencias en la salud de dicho alumno, **hay que tomar las siguientes precauciones: (ponga todas las indicaciones que haya hecho constar el médico).**

Si el Dr. ha puesto por escrito todas las precauciones que hay que tener, **PONGA: "Se adjunta el informe de fecha _____ hoy vigente"**

4.- Que, en caso de que se presente una crisis, el facultativo ha prescrito que se administre al menor la dosis _____ del medicamento _____ de acuerdo con el contenido de la copia testimoniada de la prescripción y el protocolo de actuación que se acompaña (en caso de que el médico haya redactado alguno)

SOLICITO a la dirección del colegio (por favor seleccione esta opción):

- **Que, en caso de emergencia**, se presten al / la mi / a hijo / a los primeros auxilios y se proceda como ha previsto el médico.
- **Que, en caso imprevisto**, se ponga al / la mi / a hijo / a a disposición del personal sanitario más cercano o con quien sea más efectivo para recibir instrucciones.
- **En su caso, que tomen todas las medidas necesarias** para evitar el contacto de mi hijo / a con el agente alérgeno.
- **Que, en sustitución y por orden del representante legal del menor**, en caso de contacto con agente alergénico, accidente, o de emergencia, administrar la medicación prescrita por el doctor _____ en fecha ____/____/____ medicamento _____

- **Que, en cualquier caso,** en cuanto sea posible, se me informe de todas las incidencias y de las medidas aplicadas por cualquier conducto y, en caso de que no me pueda encontrar, envíe un correo a _____@_____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TEMPORAL ADICIONAL

En caso de necesitar que le administren medicación temporal adicional, por favor contacte con la enfermera del colegio Júlia Campos en jcampos@stpeters.es para que les proporcione la solicitud necesaria.

MENUS Y OPCIONES DE DIETA

Opción	Tipo de menú	Comentarios
	Vegetariano	
	Vegano	
	Sin cerdo	
	Halal	
	Otro, especificar:	

Apéndice 2. SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Date / Fecha	
LEGAL GUARDIAN / tutor legal	
LEGAL GUARDIAN NIE OR PASSPORT NIE o Pasaporte del tutor legal	

- I REQUEST THAT** ST PETER'S nurse administer to my child (complete name)
SOLICITO QUE la enfermera de St PETER'S administre a mi hijo/a (nombre completo)

the following medication / la siguiente medicación

- prescribed by Dr. _____, Col. no. _____
prescrito por el Dr. _____, Nº Col. _____

I further agree that St PETER'S SCHOOL employees are not responsible for any claims resulting from any and all actions performed under this request.

Acepto a librar de responsabilidad a St PETER'S y a sus empleados, ante toda reclamación presentada como resultado de cualquiera, o todas, las acciones realizadas bajo esta autorización.

Medicine <i>Medicina</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Time <i>Hora</i>	Period of Treatment <i>Periodo del tratamiento</i>

Requirements on the administration of all Medication at St PETER'S SCHOOL: ***Requisitos para todo medicamento administrado en St PETER'S SCHOOL***

- Requires the parent/guardian to complete and sign this Medication Administration Form.
Que el padre, madre o tutor legal rellenen y firmen este Formulario para la Administración de Medicamentos.
- In the case of medicines with a prescription, this should be attached to this form with the student's name.
En caso de aquellos medicamentos que requieran receta médica, se deberá adjuntar a la presente Petición con el nombre del alumno.
- The medicine must be in the original, child-proof container and labeled with the child's name.
El medicamento debe estar guardado en el envase original a prueba de niños y tener la etiqueta con el nombre del niño.
- Containers will be stored out of reach of children in a locked cabinet.
Los envases se guardarán fuera del alcance de los niños en un armario cerrado bajo llave.
- Unused medication will be returned to the parent/legal guardian when the requested period is completed.
Se devolverán al padre, madre o tutor legal cuando acabe el período solicitado de administración del medicamento.

SIGNATURE	
-----------	--