

## FICHA DEL ALUMNO CON DIETA ESPECIAL

Esta ficha sólo se debe cumplimentar por el padre/madre/tutor, en caso de que el niño/a tenga la necesidad de seguir una dieta específica:

Colegio: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

Para poder emitir la dieta es imprescindible rellenar y firmar el presente documento que debe adjuntarse junto con dos fotografías de carnet y el resto de documentación solicitada al responsable del comedor.



### SEÑALAR LA DIETA QUE NECESITA:

Alergias/ Intolerancias a:

- Gluten.
- Leche y sus derivados (incluida lactosa).
- Proteína de leche de vaca (APLV).
- Pescado y productos a base de pescado.
- Crustáceos y productos a base de crustáceos.
- Moluscos y productos a base de moluscos.
- Huevos y productos a base de huevos.
- Frutos de cáscara.
- Cacahuets y productos a base de cacahuets.
- Altramuces y productos a base de altramuces.
- Legumbres y productos a base de legumbres.
- Soja y productos a base de soja.
- Granos de sésamo y productos a base de granos de sésamo.
- Mostaza y productos derivados.
- Apio y productos derivados.
- Dióxido de azufre y sulfitos.
- Látex.
- Otras/s: \_\_\_\_\_

Otras dietas:

- Sin sal
- Diabética
- Musulmán
- Hipocalórica
- Hipocolesterolemia
- Otras:

Observaciones o instrucciones adicionales a tener en cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DEBERÁ APORTARSE JUNTO CON ESTA FICHA:

(Marcar si se adjuntan debidamente cumplimentados).

- Certificado médico.
- Ficha de autorización de tratamiento (en el anverso de esta hoja) en caso de reacción alérgica, si fuere necesario.
- Medicamentos necesarios para el tratamiento, con sus instrucciones de uso y conservación y marcados con el nombre del niño.

Cualquier cambio o evolución en las necesidades del niño deberá ser debidamente notificado, actualizando toda la información solicitada en este documento.

En cumplimiento con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de lo siguiente:

- Los datos personales solicitados en esta ficha serán incorporados a un fichero a nombre de Comedores Levantinos Isabel, S.L. dado de alta en el Registro General de Protección de Datos, con la finalidad de proporcionar el adecuado servicio a los alumnos que requieren de una dieta especial. Lo oposición a facilitar estos datos personales impedirá la prestación de dicho servicio.
- El abajo firmante declara bajo su responsabilidad que los datos facilitados en esta ficha son ciertos, comprometiéndose a comunicar cualquier variación en los mismos.
- El afectado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito e indicando el asunto a [colevisa@colevisa.com](mailto:colevisa@colevisa.com) o Avda. 1º de MAYO (esq. Bailén), 46100 Burjassot (Valencia).

Firma de conformidad del padre/ madre/ tutor legal:

DNI:

Fecha:

# AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN ALÉRGICA



Yo: \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_  
como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración 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 el 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 LOS SÍNTOMAS

Cumplimentar indicando nombre del medicamento, dosis, y vía de administración, prescritos por su médico según cada fase de reacción. Si se mencionan varios medicamentos, indicar orden y prioridades:

REACCIÓN LEVE/MODERADA

1 Picazón en boca, leve sarpullido alrededor de la boca o labios, boca hinchada. →

2 Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón en extremidades u otra zona del cuerpo. →

3 Náuseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos. →

4 Picor de ojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante. →

REACCIÓN GRAVE

5 Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua/párpados/orejas hinchados. →

6 Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada. →

7 Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada. →

## 2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

REACCIÓN LEVE/MODERADA

1 Nunca dejar al niño solo y permanecer atento a otros síntomas.

2 Dar al niño la medicación prescrita en la dosis que se detalla en el punto 1.

3 Localizar el autoinyector de adrenalina.

4 Llamar a los padres/ tutores.

REACCIÓN GRAVE

1 Nunca dejar al niño solo. Controlar el pulso y si es débil colocarlo tumbado boca arriba y con los pies en alto.

2 Administrar el autoinyector de adrenalina.

3 Llamar a emergencias 112 y comunicar que es una reacción alérgica.

4 Llamar a los padres/tutores.

1. Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas no sean graves se recomienda administrar adrenalina (dosis indicada por el médico) precozmente para evitar la progresión a una reacción grave.
2. Después de administrar la medicación SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica.

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. El art. 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:

Observaciones a tener en cuenta: \_\_\_\_\_