



AUTORIZACIÓN DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN/  
DECLARACIÓN DE ALERGIAS **MAYORES DE EDAD**

EFA EL LLANO

2020

**NOMBRE DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ALERGIAS:**

●ALÉRGICO/A A: \_\_\_\_\_

●INTOLERANTE A: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

●CONTACTO 1: \_\_\_\_\_

TELÉFONO 1: \_\_\_\_\_ TELÉFONO 2: \_\_\_\_\_

●CONTACTO 2: \_\_\_\_\_

TELÉFONO 1: \_\_\_\_\_ TELÉFONO 2: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PRETECCIÓN DE DATOS**

*Autorizamos a la EFA EL LLANO para que, en caso de que sea necesario, pueda administrarme antitérmicos (en caso de fiebre) y analgésicos (en caso de dolor leve o moderado).*

*Nota: En caso de precisar la administración de otro tipo de medicamentos (antibióticos, mucolíticos, etc.) será indispensable traer la prescripción médica, así como el medicamento y rellenar el impreso correspondiente en Secretaría.*

*Autorizo a la EFA EL LLANO para que puedan trasladarme a un centro hospitalario en caso de urgencia o necesidad.*

*Autorizo a CENTRO DE INICIATIVAS PARA LA FORMACIÓN AGRARIA, S.A. (CIFASA), titular de EFA EL LLANO (centro) , para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a mi salud que ahora les facilito o que les facilitaré durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para que cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.*

*Autorizo a EFA EL LLANO para que facilite mis datos de contacto (nombre, apellidos, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) al centro médico de atención, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en caso de que sufra algún accidente escolar para mi tratamiento.*

FIRMA DEL ALUMNO/A:

En Humanes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



AUTORIZACIÓN DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN/  
DECLARACIÓN DE ALERGIAS **MAYORES DE EDAD**

**EFA EL LLANO**

2020

<b>Información básica sobre protección de datos</b>	
<i>Responsable</i>	CENTRO DE INICIATIVAS PARA LA FORMACION AGRARIA, S.A. (CIFASA)
<i>Finalidad</i>	Prevención y prestación de asistencia sanitaria cuando sea necesaria. Localización en casos de urgencia.
<i>Legitimación</i>	Consentimiento expreso del interesado; DA 23ª LOE y normativa de desarrollo. Ejecución de un contrato. Interés legítimo. Protección de intereses vitales.
<i>Destinatarios</i>	No se cederán datos a terceros, salvo en los casos autorizados en esta ficha y salvo en los casos de obligación legal.
<i>Derechos</i>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
<i>Información adicional</i>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="http://www.efaellano.org">www.efaellano.org</a>