



Madrid, 2024/2025

Estimados/as **P**adres y **M**adres:

Desde hace unos años, el número de niños y niñas con alguna alergia o intolerancia a algún alimento, con diabetes o dietas médicas, ha ido en aumento. Desde Serclym SL, conocedores de esta realidad, adaptamos no solo los menús diarios a las necesidades de cada uno de los niños y niñas usuarios del comedor, sino que diseñamos un protocolo personalizado y especializado a cada uno de ellos, dando alcance sobre todo a las particularidades de cada niño o niña

Por ello, para el Departamento de Calidad, Seguridad Alimentaria y Nutrición de Serclym SL, **es vital disponer de toda la información posible acerca de la alergia, intolerancia** o enfermedad que pudiera padecer alguno de los niños o niñas. Así podremos diseñar pautas seguras. Desde el Departamento, trabajamos de forma muy estrecha con las Coordinadoras de Monitoras/educadoras de cada colegio donde operamos, así como con los cocineros, y toda la información se comunicará a los mismos bajo férreos protocolos de seguridad y control.

De la información facilitada por los padres y madres de niños y niñas con alergia o intolerancia, dependerá nuestro poder de control, vigilancia y garantías de poder ofrecer no solo menús adaptados libres del alérgeno y/o sustancia intolerante, sino sobre todo el saber cómo actuar ante una ingesta accidental, y que medicación o no suministrar.

ROGAMOS POR ELLO, DEDIQUEN UNOS MINUTOS A RELLENAR DE FORMA DETALLADA ESTE FORMULARIO, MÁS AÚN SI PROCEDE ALGÚN PROTOCOLO PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN.

Debido a la entrada en vigor de la nueva legislación que regula la protección de datos, es REQUISITO OBLIGATORIO renovar LAS FICHAS DE DATOS, es decir, todos los datos facilitados a SERCLYM SL, aun cuando no haya habido modificación de ninguno de ellos.

Informamos a todas las familias que todos los datos personales comunicados durante el curso 2024/2025, como son los datos bancarios, direcciones de email y todos los datos relativos a la salud de los niños y niñas con alergias e intolerancias, serán destruidos y por ello necesitamos actualizar cada año todos los datos, para ellos os **SOLICITAMOS RENOVAR Y RELLENAR DE NUEVO LA FICHA DE SALUD CON TODOS LOS DATOS, YA SEAN COINCIDENTES O CON TODA LA ACTUALIZACIÓN POSIBLE DE LOS MISMOS.**

EN CASO DE SER NECESARIO CUSTODIAR EN EL COMEDOR LA MEDICACIÓN DE RESCATE O ALGUNA OTRA, DEBE CUMPLIMENTAR TANTO LA FICHA DE CONTROL AQUÍ INCLUIDA CON Nº DE LOTE, LABORATORIO, FECHA DE CADUCIDAD ETC... COMO EL MODELO DE AUTORIZACIÓN DE SERCLYM PARA EL SUMINISTRO DE LA MISMA

Quedo a su entera disposición para cualquier duda o cuestión que pueda surgir, ahora o durante el curso, sobre este u otros temas.

Patricia Manzanares Torres

Responsable de Calidad, Seguridad Alimentaria y Nutrición

calidad@serclym.es Tlf: 666 437 768

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DATOS DE SALUD DEL ALUMNO

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos ("RGPD") y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ("LOPDGDD"), le informamos que todos los datos proporcionados sobre salud, medicamentos, alergias, intolerancias del alumno, así como cualquier otro documento o información del que permita inferirse el **estado de salud del alumno**, pasarán a formar parte de **SERCLYM S.L.** como **Responsable del Tratamiento** y serán tratados **exclusivamente** con la **finalidad** de diseñar, controlar, vigilar y garantizar los menús adaptados a su dieta pautada médicamente, así como diseñar protocolos de actuación en caso de una ingesta accidental.

Los datos serán **conservados** durante el año escolar que se ha contratado la prestación del servicio, procediendo a su destrucción o borrado cuando éste finalice.

La **base de legitimación** para el tratamiento de los datos de salud del alumno es el **consentimiento expreso y por escrito** del padre, madre o tutor, como representante legal, para la **ejecución de la prestación del servicio** y el **interés vital del alumno**. SERCLYM S.L. informa que **no cederá** los datos de salud de los alumnos a terceras partes, a menos que medie su consentimiento expreso. SERCLYM S.L. ha adoptado medidas de seguridad apropiadas para garantizar la confidencialidad de los datos y velar porque sólo las personas autorizadas tengan acceso y/o puedan tratar los mismos.

En cualquier momento, podrá ejercer los **derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento**, así como a no ser objeto de decisiones automatizadas, cuando procedan, enviando un escrito acompañado a la dirección postal C/Orense nº12, 28020, Madrid o al correo electrónico protecciondatos@serclym.es.

Si algún padre, madre o tutor considerase que los datos no son tratados correctamente por SERCLYM S.L. o que las solicitudes de ejercicio de derechos no han sido atendidas correctamente, tiene el **derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de protección de datos** que corresponda, siendo la Agencia Española de Protección de Datos la indicada en el territorio nacional, www.aepd.es.

Para que conste, declaro haber entendido la información facilitada y consiento de forma expresa y por escrito el tratamiento que se efectuará de los datos de salud del alumno.

Firma Padre/Madre o Tutor/



**ES OBLIGATORIO RELLENAR ESTE FORMULARIO EN TODOS
LOS CASOS DE ALÉRGIA/ INTOLERANCIA/ DIETA ESPECIAL**

FICHA DE SALUD Y PLAN DE ACCIÓN (F01-PS12 Rev 02)

| | |
|---|----------------|
| NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____ _____ CURSO: _____ LETRA: _____ TUTOR/TUTORA DE CLASE: _____ | FOTO ALUMNO |
| NOMBRE DEL PADRE Y MADRE (TUTORES LEGALES) Y TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA MADRE: _____ TELEFONO _____ PADRE: _____ TELEFONO _____ | |

COLEGIO:

CURSO ACADÉMICO: 2024-2025

ALÉRGIA, INTOLERANCIA O ENFERMEDAD (ENUMERE LOS ALIMENTOS O SUSTANCIAS DE LOS ALIMENTOS):

* SEÑALE EL GRADO O GRAVEDAD DE LA ALERGIÁ: leve, grave o muy grave. O grado 1, grado 2... grado 5 de 5.

MEDIDAS PREVENTIVAS A TENER EN CUENTA

DESCRIBA LA SINTOMATOLOGÍA ESPERADA ANTE UNA INGESTA ACCIDENTAL

Para el equipo de monitoras y/o cocina es importante por ello identificar con rapidez cualquier SINTOMA CARACTERISTICO TRAS UNA INGESTIÓN ACCIDENTAL DE SU HIJO/A. Por favor, señale lo que proceda:

| Órgano | Síntomas |
|-------------------------|---|
| Boca | Picor, hinchazón de labios y/o lengua. |
| Garganta y rinofaringe* | Picor o sensación de bola en garganta, ronquera, tos espasmódica. Picor brusco de oído, estornudos en salvas y mucosidad abundante con agua. |
| Piel | Enrojecimiento, picor, urticaria con habones, hinchazón de cara o extremidades. |
| Aparato digestivo | Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea. |
| Aparato respiratorio * | Tos espasmódica, asma, opresión o dolor en el tórax. |
| Aparato circulatorio* | Mareo, taquicardia, pulso débil, desmayo, desmadejamiento. |

OTRAS OBSERVACIONES:

Se conoce caso de Shock Anafiláctico: SI NO

Se adjunta informe médico: SI NO
(en caso de otras enfermedades indicar en Tratamiento)

Fecha: _____

Fdo. Padre/ Madre/ Tutor legal: _____

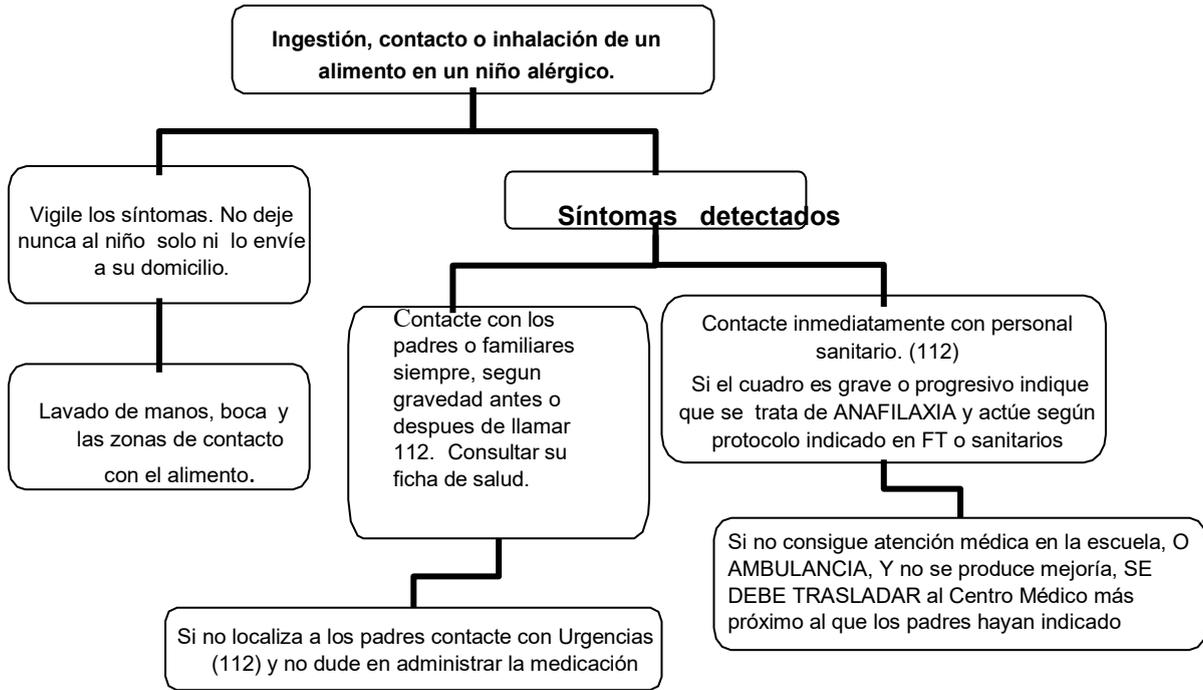


IMPORTANTE: En alérgias GRAVES, la severidad de los síntomas puede cambiar, pudiendo progresar hasta afección grave (ANAFILAXIA). La medicación habitual es la administración de antihistamínicos en caso leve, corticoides en caso moderado y, en casos graves, adrenalina en auto-inyector (ADREJET).

Este tratamiento inicial (inmediato) por parte del equipo de monitoras/educadores NO EXCLUYE LA ATENCIÓN MÉDICA posterior:

PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN MONITORAS DE SERCLYM

A adaptar según indicaciones de los tutores o progenitores del menor



Tratamiento en caso de urgencia o de medicación:
(Medicamento /dosis /vía de administración)

DESCRIBA AL DETALLE, PASO POR PASO, EL TRATAMIENTO A SEGUIR Y QUE HA PAUTADO EL MÉDICO, EN CASO DE REACCIÓN ALÉRGICA



SE ADJUNTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA FACILITAR LA ADAPTACIÓN DEL MENÚ Y DISEÑAR LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y CONTROL EN COCINA:

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nombre documento: | CÓDIGO DE CONTROL: |
| Nombre documento: | CÓDIGO DE CONTROL: |
| Nombre documento: | CÓDIGO DE CONTROL: |
| Nombre documento: | CÓDIGO DE CONTROL: |

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN URGENTE DE MEDICAMENTOS Y EXCENSIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____
 como padre/madre/tutor legal, SOLICITO Y AUTORIZO A la COORDINADORA de
 MONITORAS/CUIDADORAS del Colegio _____, la
 administración de los siguientes medicamentos: _____
 a mi hijo/a _____
 y siguiendo EL PROTOCOLO de administración PERSONALIZADO que se indica en la FICHA DE SALUD de
 mi hijo/a y que ha sido debidamente formalizada, firmada y entregada a la encargada de comedor.

Fecha: _____

Madrid a de de 20.....

FIRMA

1 Debiendo indicarse que se exime de toda responsabilidad a la empresa Serclym SL y personal de la misma en la administración de los medicamentos indicados en este registro.

2 De conformidad con el artículo 195 del código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

3 No existirá responsabilidad alguna, si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico. "



ALUMNO/A:

COLEGIO:.....

(F01-PS12 Rev 02)



Codigo document (fecha + iniciales del menor):

D/Dña _____ Padre/madre/tutor legal de

Alumno/a de _____ de _____ hace ENTREGA A :

Dña _____

la siguiente medicación:

Nombre medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

Nombre de medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

Nombre de medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

El padre/madre/tutor legal será responsable de la reposición del medicamento y del seguimiento de su caducidad .

Recibo copia del documento.

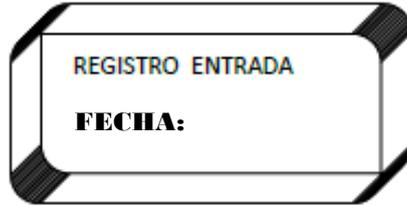
Fdo: Padre/madre/tutor legal



ALUMNO/A:

COLEGIO:.....

(F01-PS12 Rev 02)



Codigo document (fecha + iniciales del menor):

D/Dña _____ Padre/madre/tutor legal de

Alumno/a de _____ de _____ hace ENTREGA A :

Dña _____

la siguiente medicación:

Nombre medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

Nombre de medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

Nombre de medicamento:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Fecha de caducidad : | <input type="text"/> | Nº LOTE: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Fecha de reposición: | <input type="text"/> | LABORATORIO: | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|

El padre/madre/tutor legal será responsable de la reposición del medicamento y del seguimiento de su caducidad .

Recibo copia del documento.

Fdo: Padre/madre/tutor legal