

**ANEXO V**

ALERTA  
ESCOLAR  
Alumno/a:

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE HIPOGLUCEMIA**

Foto	<b>Nombre y Apellidos:</b>		
	<b>CIPA:</b>		
	<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Sexo:</b>
	<b>Edad:</b>	<b>CENTRO ESCOLAR:</b>	<b>CURSO:</b>
<b>Peso (Kg):</b>			
<b>ALERGICO A:</b>			

**COMO RECONOCER UNA HIPOGLUCEMIA EN UN NIÑO/A DIABÉTICO:**

Los síntomas que suele presentar el niño/a son: sensación de hambre, sudoración fría, temblores, mareos, debilidad, dolor abdominal, cefalea (dolor de cabeza).....

**NIÑO/A CONSCIENTE QUE DEBE HACER:**

- ✓ Ofrecer un vaso de agua con dos cucharadas o dos sobres de azúcar o un zumo de frutas o un vaso de refresco azucarado. Mantenerlo en reposo.
- ✓ Si no mejora en 10 minutos repetir la misma ingesta.
- ✓ Cuando mejore, deberá comer alimentos con hidratos de carbono de absorción lenta (un sándwich o medio bocadillo) para que no se repita la hipoglucemia más tarde.

**NIÑO/A INCOSCIENTE O CONVULSIONANDO QUE DEBE HACER:**

- ✓ **NO DEBE DE TOMAR NADA POR BOCA HASTA RECUPERAR LA CONSCIENCIA.**
- ✓ Acostarlo de lado y no dejarlo solo (**POSICIÓN DE SEGURIDAD**).
- ✓ **LLAMAR AL 112** y siga las instrucciones (comunique que se trata de un niño diabético)
- ✓ **INYECTAR mg. de glucagón.** Si hipoglucemia (glucosa inferior a 70 mg/dl.) con pérdida de conciencia o pérdida de conciencia sin poder determinar glucemia en dicho momento, se administrará el contenido del kit GlucaGen Hypokit®.
- ✓ Si en 10 minutos no recupera el conocimiento repetir administración.



**ADMINISTRAR GLUCAGON (GLUCAGEN HYPOKIT®):**  
1- INTRODUCIR EL AGUA EN LA JERINGA EN EL VIAL DEL POLVO DE GLUCAGÓN.  
2- AGITAR SUAVEMENTE.  
3- INYECTARLO EN LAS ZONAS SEÑALADAS.

**EN LOS DOS CASOS:**

- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado en el colegio.

FIRMADO

**D./Dña.:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fecha:**

--------------



## AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE GLUCAGÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA

Yo D./Dña: .....(  padre/ madre/  tutor/a legal), con DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de emergencia el contenido del kit Glucagen Hipokit® a mi hijo/a ..... como se indica este documento.

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

**Libero** de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación.

Después de administrar la medicación deberá llamar al número (teléfono familiar).....

Atentamente,

En        a        de        de 20

FIRMAS DE REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA CENTRO EDUCATIVO
<p>D./Dña..... Padre / Madre / Tutor/a</p> <p>D./Dña..... Padre / Madre / Tutor/a</p>	<p>D./Dña.....</p> <p>Representante del centro educativo</p>



ANEXO V

# INSCRIPCIÓN EN ALERTA ESCOLAR

D/Dª .....con DNI: ..... (  padre/ madre/  tutor/a legal)

D/Dª .....con DNI: .....(  padre/ madre/  tutor/a legal)

**AUTORIZO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS POR PARTE DEL CENTRO EDUCATIVO CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN EL PROGRAMA “ALERTA ESCOLAR”**

En cumplimiento del Reglamento General Europeo (UE) 2016/679 y , de acuerdo con lo dispuesto en el art. 7 de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* van a ser tratados los datos se le informa que sus datos personales, van a ser objeto de tratamiento por parte del Programa Alerta Escolar ha suscrito un convenio/acuerdo con el Centro.....con la finalidad de coordinar la asistencia sanitaria. No podrán ser cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del tutor o representante legal del menor, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.

El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años (se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento).

El tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

Expresamente a que una copia de esta solicitud quede custodiada en el centro escolar y que sea entregada por el personal dependiente del mismo para el cumplimiento de los fines del programa ALERTA ESCOLAR. Asimismo, esta solicitud tiene que **ir acompañada del Informe Médico Escolarización.**

Por todo lo anterior, el interesado acepta participar en este programa y manifiesta de forma expresa, con la firma del presente documento, haber sido informado del tratamiento que se va a dar a sus datos de carácter personal, así como de aceptar voluntariamente dicho tratamiento.

En....., a .....de .....del .....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

**REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

D/Dª .....con DNI: ..... (  padre/ madre/  tutor/a legal)

D/Dª .....con DNI: .....(  padre/ madre/  tutor/a legal)

**REVOCO** la autorización anteriormente para la inclusión en el programa de ALERTA ESCOLAR en la Región de Murcia y para el tratamiento de mis datos de carácter personal.

En....., a ..... de ..... de .....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

*Los datos de carácter personal serán tratados por el Servicio Murciano de Salud, cuya finalidad es la Asistencia Sanitaria y Social, Investigación y formación. Control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias. Vigilancia y control de la salud pública. Históricos, estadísticos y científicos. Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales que impone el art. 6.1.a), 6.1 c) y 6.1 e) del Reglamento General Europeo de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, de limitación y oposición a su tratamiento, ante el Director Gerente sito en C/Central. Edif. Habitamia nº7 30100-Murcia o en la dirección de correo electrónico: dpd-sms@carm.es. Puede consultar la información adicional en nuestra página web [www.murciasalud.es/proteccion\\_datos](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)*