

cación y Ciencia; formarán parte de las Juntas Provinciales de Educación y de cualquier otro órgano provincial que trate de materias o enseñanzas de Formación Profesional.

Art. 4.º El desempeño de la función inspectora de los Coordinadores de Formación Profesional se realizará en régimen de comisión de servicios, y será incompatible con el ejercicio de la docencia y de funciones directivas en Centros estatales y no estatales de Formación Profesional.

DISPOSICION FINAL

La Dirección General de Formación Profesional propondrá las normas necesarias para la aplicación de la presente Orden, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Lo que comunico a VV. II.

Dios guarde a VV. II.

Madrid, 18 de noviembre de 1975.

MARTINEZ ESTERUELAS

Ilmos. Sres. Subsecretario y Director general de Formación Profesional.

26176

ORDEN de 2 de diciembre de 1975 por la que se fijan las dotaciones mínimas de los botiquines y de los Gabinetes Médicos de los Centros docentes a los que se aplica el Reglamento Provisional de Sanidad Escolar.

Ilustrísimos señores:

El Reglamento Provisional de la Sanidad Escolar dispone que, previo dictamen de la Comisión Nacional correspondiente, se fijen las dotaciones mínimas de los botiquines y los Gabinetes Médicos de los Centros docentes a los que es de aplicación dicho Reglamento y se aprueben los modelos de los impresos técnicos precisos para la debida documentación de las actividades en él reguladas. Por otra parte, han de adoptarse las medidas procedentes para la efectividad del citado Reglamento y, en su virtud,

Este Ministerio, de conformidad con el dictamen de la Comisión Nacional de Sanidad Escolar, ha dispuesto:

1. Se fija la dotación de los botiquines y los Gabinetes Médicos de los Centros docentes a los que es de aplicación el Reglamento Provisional de la Sanidad Escolar, con arreglo a lo que se recoge en el anejo 1 de esta Orden.

2. Se aprueban los modelos de los impresos técnicos que exige dicho Reglamento, para la debida documentación de las actividades médico-escolares, recogidos en el anejo II de esta Orden.

3. La Dirección General de Programación e Inversiones adoptará las medidas pertinentes para que, a la mayor brevedad, sean dotados los Centros docentes a los que es de aplicación el Reglamento de las instalaciones y documentos precisos para la debida efectividad del mismo.

4. Se autoriza a la Subsecretaría para dictar las disposiciones necesarias para cumplimiento de lo previsto en esta Orden y las que exija la debida aplicación del Reglamento Provisional de la Sanidad Escolar.

Lo digo a VV. II. a los efectos oportunos.

Dios guarde a VV. II.

Madrid, 2 de diciembre de 1975.

MARTINEZ ESTERUELAS

Ilmos. Sres. Subsecretario y Directores generales de Ordenación Educativa, Formación Profesional, Personal y Programación e Inversiones.

ANEJO I

Dotación mínima de los botiquines y los Gabinetes Médicos de los Centros docentes a los que es de aplicación el Reglamento Provisional de Sanidad Escolar

1. BOTIQUIN DE URGENCIA DE LOS CENTROS DOCENTES

A) Contenido mínimo:

- 1 armario de chapa de acero, pintado blanco horno, con cruz roja, frontis y cerradura tipo bombín (40 × 60 × 15).
- 1 litro (dos botellas) de agua oxigenada neutra.
- 1 bote grande de gasa esterilizada (80 compresas de 20 × 20).
- 1 paquete grande de algodón en rama enrollado (250 gramos).
- 1 batea riñonera de acero inoxidable.
- 4 torniquetes tipo tubo de goma virgen.
- 24 vendas indesmallables (tres tamaños).
- 5 cajas de tiritas (6 × 50).
- 3 carretes de esparadrapo de cinco metros de largo (anchos de 5,35 y 1,5 centímetros).
- 2 frascos de mercurocromo (uno de 15 cc. y otro de 125 cc.).
- 1 pinza clínica de acero inoxidable.
- 1 tijera clínica de acero inoxidable.
- 1 tubo grande (70 gramos) de pomada analgésica.
- 1 tubo grande (50 gramos) de pomada antiquemadura.
- 1 tubo grande (50 gramos) de pomada antihistámica.
- 1 bote de bicarbonato sódico (tamaño normal).
- 1 termómetro clínico.

B) Necesidades por número de alumnos.

a) E. G. B y B. U. P.:

— hasta 100 alumnos	1
— de 101 a 320	2
— de 320 a 640	5
— de 640 a 880	6

b) Formación Profesional:

— grupos de 100 alumnos	1
-------------------------------	---

2. DOTACION MINIMA DEL GABINETE MEDICO DE LOS CENTROS DOCENTES

Veinticinco metros cuadrados por gabinete, con optotipos a cinco metros, comunicando con sala de espera con diez asientos en dos bancos con pie y percheros, y sala de accidentes con camilla.

Equipo

Bótulo «Gabinete médico».

- 1 mesa de despacho.
- 1 mesa auxiliar.
- 2 sillas (Secretaría y Médico).
- 1 mesa de reconocimiento.
- 1 botiquín.
- 1 archivador metálico.
- 1 máquina de escribir.
- 1 grapadora.
- 1 regla.
- 4 batas blancas.
- 1 cubo basura de metal.
- 1 armario ropero para los profesionales.
- 1 teléfono de extensión.
- 1 lavabo.
- Toallas.
- 1 báscula.
- 1 talla.
- 1 taburete de metal, graduable, para medir agudeza visual en niños.
- 1 escala de optotipos con pruebas de colores.
- 1 fonendo.
- 1 estignomanómetro.
- 1 diapasón con distintas intensidades sonoras.
- 1 martillo de reflejos.
- 2 termómetros clínicos.
- 1 flexo.
- Jeringuillas desechables.
- Depresores (cada año igual al número de alumnos más 1/3).
- 1 cinta métrica.
- 20 copas para tomas de muestras de orina.
- Tiritas reactivas para detectar albúmina y hematuria (una por cada alumno).

ANEJO II
Modelos de los impresos técnicos

FICHA MEDICA DE INGRESO

Provincia
Municipio

El doctor don hace constar que
..... niño....., de años, naci... el
..... de de, no padece enfermedad ni defecto alguno
que le impida realizar sus tareas escolares y la convivencia con otr... niño... Su
historial médico es el siguiente (según los datos que me suministran):

ANTECEDENTES:

Familiares:

Enfermedades contagiosas padecidas	Fecha
Rubeola	
Parotiditis	
Sarampión	
Tos ferina	
Varicela	
Escarlatina	
Difteria	
Tuberculosis	

Personales:

INMUNIZACIONES:

Edad	B. C. G.	Viruela	Polio	Tétanos	Difteria	Tos ferina	Tuberculina

Nota.—Ver instrucciones al dorso.

..... a de de

Dorso que se cita

Instrucciones:

- Esta ficha se entrega a los padres o tutores.
- Una vez cumplimentada, la devuelven éstos a la Dirección del Centro.
- Debe estar unida a la ficha médico-escolar.
- Póngase la fecha en las casillas de las vacunaciones.

FICHA MEDICO-ESCOLAR
(Alumnos de E. G. B.)

Centro (1)

Provincia

Municipio

Apellidos Nombre

edad, sexo, nacido el, quedó admitido en este Centro (2)

teniendo en cuenta el informe expedido por el doctor don

.....

..... a de de 19.....

El Director,

TALLA Y PESO (4)				
(A medir por el Profesor todos los años)				
Fecha	Edad - Años	Peso	Talla	Observaciones

Resumen de las exploraciones (5) (Datos consignados en el E. R. P. A.)
1.ª exploración, a los seis años.
2.ª exploración, a los nueve años.
3.ª exploración, a los trece años.

EXPLORACION Y EVOLUCION (6)											
Tercera exploración, de trece a catorce años				Segunda exploración, de nueve a diez años				Primera exploración, de seis a siete años			
Fecha	Nor.	Alter.	Causas	Fecha	Nor.	Alter.	Causas	Fecha	Nor.	Alter.	Causas

1. Piel
2. Estructuras oculares externas
3. Vías nasales ...
4. Conducto auditivo
5. Dientes: Caries oclusión
6. Boca y faringe.
7. Tiroides
8. Columna vertebral y caja torácica
9. Corazón
10. Pulmones
11. Abdomen
12. Genitales (criptorquidia)
13. Hernias
14. Sistema musculoesquelético ...
15. Sistema nervioso
16. Estado de nutrición
17. Ganglios linfáticos
18. Agudeza visual
19. Agudeza auditiva
20. Lenguaje
21. Menstruación.
22. Tensión arterial
23. Orina
24. Otras observaciones

Necesita reconocimiento complementario

SI
NO

SI
NO

SI
NO

Notas:

- (1) Nombre y dirección (calle o plaza y número) del Centro.
- (2) Fecha de ingreso.
- (3) Cuando el alumno cambie de Centro se remitirá su ficha médica al nuevo Centro. Cuando pase al Bachillerato o a formación Profesional, deberá remitirse la ficha médica de E. G. B. al nuevo Centro.
- (4) Los datos de peso y talla se toman cada año, en la fecha que se disponga, por el Profesor-tutor.
- (5) Es tarea del Profesor-tutor completar el E. R. P. A., a la vista de los datos del reconocimiento.
- (6) Se rellena durante el reconocimiento.

FICHA MEDICO-ESCOLAR
(Alumnos de Bachillerato y de Formación Profesional)

Provincia

Municipio

Apellidos, nombre
nacido el de de en
provincia de

Procede del Centro de de
provincia de

Ha presentado la ficha médica de ingreso.

Queda inscrito en este Centro con el número
..... a de de
El Secretario,

Unir a esta ficha la médico-escolar de E. G. B. y sus anejos.

OBSERVACIONES:

DATOS DEL RECONOCIMIENTO MEDICO ORDINARIO

Edad años

Fecha

Resultados de la exploración	Normal	Alterado. Causas de alter.
1. Piel (atención acné)		
2. Estructuras oculares externas		
3. Vías nasales		
4. Conducto auditivo		
5. Dientes, caries, oclusión		
6. Boca y faringe		
7. Tiroides		
8. Columna vertebral y caja torácica		
9. Corazón		
10. Pulmones		
11. Abdomen		
12. Genitales (criptorquidia)		
13. Hernias		
14. Sistema musculoesquelético		
15. Sistema nervioso		
16. Estado de nutrición		
17. Ganglios linfáticos		
18. Agudeza visual		
19. Agudeza auditiva		
20. Lenguaje		
21. Menstruación		
22. Tensión arterial		
23. Orina		
24. Alteraciones psíquicas		
25. Otras observaciones		

Sí
Necesita reconocimiento complementario
No

El Médico,

MODELO DE ACTA DEL RECONOCIMIENTO ORDINARIO DE LOS ALUMNOS

Centro Curso (1)

Nivel académico Grupo

Ciudad Profesor-tutor señor

Provincia

En el día de la fecha, el Doctor don,
y el Auxiliar sanitario don, hacen constar que ha terminado el reconocimiento ordinario de los alumnos del Centro docente.

Se ha comprobado que los alumnos han sido anualmente pesados y tallados, reflejándose en las anotaciones de la ficha los resultados (1).

Los alumnos que han faltado al reconocimiento ordinario son los siguientes:

.....

Los alumnos que necesitan un reconocimiento médico complementario son los siguientes:

.....

..... a de de

El Médico, El Auxiliar sanitario,

El Secretario (2), El Profesor-tutor (1),

Notas:

- (1) Sólo en los Centros de Educación General Básica.
- (2) Sólo en los Centros de Bachillerato y de Formación Profesional.

ANEJOS AL ACTA DE LA REUNION DE LA PONENCIA MUNICIPAL DE SANIDAD ESCOLAR

I. DATOS DE LA PONENCIA:

- 1. Provincia
- 2. Ayuntamiento
- 3. Distrito municipal (en su caso)
- 4. Fecha de la reunión

II. EQUIPO MEDICO:

1. Composición

	Apellidos y nombre	Número Registro Personal	D. N. I.
A. Facultativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. A. T. S.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Funciones (1)

III. CENTROS Y ALUMNOS ADSCRITOS AL EQUIPO MEDICO:

1. Especificación (2)

A. Centro (3)	Clave
Clase (4)	<input type="text"/>
Calle o plaza y número	
Total de alumnos (5)	<input type="text"/>

- B.
- C.
- D.

2. Resumen

A. Total de Centros adscritos	<input type="text"/>
Estatales	<input type="text"/>
No estatales (subvencionados de E. G. B.)	<input type="text"/>
B. Total de alumnos adscritos (6)	<input type="text"/>

Nota: Ver notas e instrucciones al dorso.

Dorso que se cita

Notas:

- (1) Indicar DE URGENCIA o DE RECONOCIMIENTO, según los casos.
- (2) Si falta espacio, añadir hojas complementarias.
- (3) Indicar la denominación oficial del Centro.
- (4) Indicar si es ESTATAL DE E. G. B., DE BACHILLERATO o DE FORMACION PROFESIONAL o si es NO ESTATAL SUBVENCIONADO DE E. G. B.
Rellenar el recuadro con la clave recogida en la Instrucción segunda.
- (5) Si la ficha corresponde a un equipo de urgencia, recoger el total de los alumnos de cada Centro; si corresponde a un equipo de reconocimiento, recoger los alumnos que han de ser objeto de reconocimiento ordinario en cada Centro.
- (6) Si se trata de un equipo de urgencia, recoger el total de alumnos de todos los centros adscritos; si se trata de un equipo de reconocimiento, recoger el total de alumnos que han de ser reconocidos en todos los centros adscritos.

INSTRUCCIONES:

- 1. Utilizar un anejo para cada equipo de urgencia y otro para cada equipo de reconocimiento, incluso en aquellos casos en que los equipos médicos estén compuestos por las mismas personas.
- 2. CLAVES de las clases de Centros:
 - Estatal de E. G. B. 1
 - Estatal de Bachillerato 2
 - Estatal de Formación Profesional 3
 - No estatal de E. G. B. subvencionado 4

HOJA INFORMATIVA FAMILIAR

(Alumnos que no han asistido al reconocimiento médico ordinario)

Señor don, habiéndose practicado el reconocimiento médico obligatorio de los alumnos del $\frac{\text{curso}}{\text{grupo}}$ al que pertenece su hijo, y no hallándose él ese día en clase, se le ruega se presente al señor, quien le informará de lo que tiene que hacer con objeto de tener en regla la ficha-médica del citado alumno.

..... a de de 19.....
(1)

(1) Firman: El Profesor-tutor de E. G. B., y el Secretario del Centro en los demás casos.

HOJA INFORMATIVA FAMILIAR

(Alumnos no necesitados de reconocimiento médico complementario)

Señor don Ha sido practicado a su hijo
....., alumno de curso de
....., el reconocimiento médico ordinario, sin haberse apreciado ningún
trastorno patológico en el momento actual.

..... a de de 19.....
(1)

(1) Firman: El Profesor-tutor en E. G. B., y el Secretario del Centro en los demás casos.

HOJA INFORMATIVA FAMILIAR

(Alumnos necesitados de reconocimiento médico complementario)

Señor don Ha sido practicado a su hijo
....., alumno de curso de
....., reconocimiento médico ordinario. Deberá ser sometido a un recono-
cimiento complementario con arreglo al cuestionario adjunto. Una vez cumplimentado
éste deberá presentarlo en este Centro.

..... a de de 19.....
(1)

(1) Firman: El Profesor-tutor de E. G. B., y el Secretario del Centro en los demás casos.

CUESTIONARIO DE RECONOCIMIENTO COMPLEMENTARIO

El alumno (1) del (2) curso de (3) del (4) según el resultado del reconocimiento médico ordinario efectuado en el presente curso escolar, debe ser objeto de una revisión facultativa por especialista de (5) cuyo resultado se reflejará al dorso.

(6)

Notas:

- (1) Nombre y apellidos.
(2) Curso.
(3) Nivel académico.
(4) Centro de enseñanza.
(5) Indíquese la especialidad o especialidades médicas de que se trate, según el caso.
(6) Lugar y fecha.

INFORME DEL FACULTATIVO (O FACULTATIVOS) QUE HAYA LLEVADO A CABO EL RECONOCIMIENTO COMPLEMENTARIO

A. (1)

B. (2)

C. (3)

D. (4)

E. (5)

(6)

Notas:

- (1) Datos del Facultativo (nombre, apellidos, consulta —privada, de la Seguridad Social, etc.—, número de colegiación).
(2) Observaciones y análisis efectuados al alumno.
(3) Diagnóstico.
(4) Tratamiento.
(5) Observaciones.
(6) Lugar y fecha. Firma del Facultativo.

JUSTIFICANTE DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD

Colegio de

El alumno, de curso, grupo,
ha faltado a clase del de al de por
.....
.....
lo que comunico para su justificación (1).

..... a de de 19.....
El padre o tutor,

Dorso que se cita

El Doctor don, hago constar que he asis-
tido al alumno, de
y que en el día de la fecha se halla restablecido y no es contagioso.

..... a de de 19.....
El Médico,

OBSERVACIONES:

- a) Al incorporarse al Centro, el alumno presenta este justificante.
- b) Se lo facilita el Profesor.
- c) Con él confecciona el Profesor el informe al Director.
- d) Se archivan en el dossier del alumno.
- e) Si ha recibido asistencia médica, éste rellena el apartado superior.

(1) Ver el dorso.

PARTE INFORMATIVO DEL DIRECTOR A LA PROVINCIA

Colegio
 Provincia
 Director: Don
 Informe del trimestre del Curso 19..... - 19.....

Fecha	Curso o grupo	Número de alumnos	Número de ausencias	Observaciones o incidencias

..... a de de

RECONOCIMIENTO PREVENTIVO ANUAL DEL PERSONAL DOCENTE Y AUXILIAR

I. ANVERSO (A cumplimentar por el interesado.)

Centro de (1)
 Ciudad
 Provincia

Apellidos Nombre
 Edad años. Estado Domicilio
 Fecha de nacimiento
 Antecedentes familiares:

Antecedentes personales:

- ¿Ha padecido hepatitis? Fecha (en su caso).
- ¿Ha padecido tuberculosis? Fecha (en su caso).
- ¿Ha padecido fiebres tifoideas o paratíficas? Fecha (en su caso).
- Tratamiento a que ha estado sometido

Yo,
 Juro por Dios y por mi honor no haber ocultado ningún dato, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivarse en caso de haberlo ocultado.

Fecha y firma,

(1) Indíquese el nombre completo, calle o plaza y número.

II. REVERSO (A rellenar por el Facultativo.)

1. Nombre y domicilio del Facultativo:

2. Datos del reconocimiento:

- Visión Sentido de los colores
- Audición
- Locución: Tartamudez, defectos fonéticos, etc.
- Defectos físicos en general

- Enfermedades somáticas
- Enfermedades psíquicas

- Análisis de sangre: Recuento Fórmula

V. de S. Hb.

- Análisis de orina: Densidad Albúmina

Glucosa Sedimento

- Otras observaciones

..... a de de 19.....
(Firma del Facultativo)

HOJA INFORMATIVA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEL PROFESOR

El Doctor don comunica que habiendo visitado a don' Profesor de ese Centro, le ha sido apreciado lo que comunico a usted para los efectos pertinentes.

a de de 19.....

El Médico,

COMUNICACION DE CURACION DE ENFERMEDAD DEL PERSONAL
DE LOS CENTROS DOCENTES

El Doctor don Colegiado número.....
 HACE CONSTAR que don
 ha padecido un proceso de
 sin que exista posibilidad de contagio, por lo cual puede reincorporarse al trabajo.
 a de de 19.....
 Firma

CUADRO DE DATOS DE URGENCIA

AGRUPACION ESCOLAR		
URGENCIAS		
(Debe colocarse en un lugar fácilmente localizable y visible.)		
	Dirección	Teléfono
HOSPITALIZACION MAS PROXIMA	_____	_____
CENTRO DE INTOXICACIONES	_____	_____
MEDICOS DE URGENCIA:		
Doctor don:	_____	_____
Doctor don:	_____	_____
AMBULANCIAS	_____	_____
BOMBEROS	_____	_____
POLICIA	_____	_____
MEDICO ESCOLAR	_____	_____
AUXILIAR SANITARIO	_____	_____
INSPECCION MEDICO-ESCOLAR	_____	_____
MINISTERIO EDUCACION Y CIENCIA	_____	_____
Doctor don:	_____	_____
JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD	_____	_____

CUALQUIER INCIDENCIA SANITARIA QUE SE PRODUZCA DEBE SER
INMEDIATAMENTE COMUNICADA AL DIRECTOR

FICHA DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS DE LOS CENTROS DOCENTES

Provincia
Municipio

DATOS GENERALES

Nombre del Centro
Estatal Privado Dirección
Teléfono Enseñanza que imparte: E. G. B. B. U. P. F. P.
Fecha en que comenzó a funcionar Capacidad de alumnos

EDIFICIO

Fecha de construcción Tipo de edificación: Monobloque
varios cuerpos pabellones Estado de conservación: Bueno
muy bueno regular malo muy malo Superficie total del terreno
Superficie edificada Superficie total construida (sumadas todas las plantas)
¿Fue construido ex-profeso para la docencia? SI NO

CAPACIDAD

Número de aulas
Número de alumnos por curso

INSTALACIONES Y SERVICIOS GENERALES

Electricidad: 110 V. 220 V.
Agua potable: Red pública Suministro propio
Bebederos: SI NO

COCINAS

DESPENSA

	SI	NO	Número
Gas	—	—	—
Electricidad	—	—	—
Carbón	—	—	—
Fuel	—	—	—
Frigoríficos	—	—	—
Marmitas	—	—	—

COMEDOR PARA alumnos.
SERVICIO: Número de personas
con carné de manipuladores de alimentos

SERVICIOS HIGIENICOS

	Número
Cuartos de baño	—
Retretes	—
Urinaríos	—
Bebederos	—

Sistema de eliminación de excretas y basuras.

RECREO, JUEGOS Y DEPORTES

	SI	NO	Extensión
Patio	—	—	—
Campos de juegos	—	—	—
Jardín	—	—	—
Gimnasio	—	—	—
Piscinas	—	—	—
Duchas	—	—	—

CALEFACCION

	SI	NO	Ascensores: Número	Extintores: Número
Central	—	—	—	—
Eléctrica	—	—	—	—
Fuel-oil	—	—	—	—
Carbón	—	—	—	—

CARACTERISTICAS

ILUMINACION:	Buena	Aceptable	Mala
PAVIMENTO:	Bueno	Aceptable	Malo
VENTILACION:	Buena	Aceptable	Mala
RUIDO EXTERIOR:	Poco	Regular	Malo
PINTURA:	Buena	Aceptable	Mala
HUMEDAD:	Buena	Aceptable	Mala
MOBILIARIO:	Bueno	Aceptable	Malo

GABINETE MEDICO: SI NO

Extensión: metros cuadrados.
Cuarto de espera: SI NO
Situación en el Centro: Buena Aceptable Mala
Material (descripción):

El Centro está situado en vías con peligro de accidentes automovilísticos: SI NO
Industrias cercanas con peligro de explosión, incendios, etc.: SI NO
Peligro de destrucciones en el Centro: SI NO
Cerramiento del edificio escolar: SI NO
Escaleras o barandillas peligrosas: SI NO
Ventanas o puertas peligrosas: SI NO
Desniveles: SI NO
Descripción de otros peligros y medidas profilácticas:

REFORMAS QUE SE PROPONEN

..... Corto plazo.
..... Largo plazo.
..... Plazo mediano.

OTRAS OBSERVACIONES

..... a de de 19.....
El Director,