



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
NIVEL EDUCATIVO:	CURSO Y SECCIÓN	EDAD	

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:	DNI:		
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:		

EXPONE

A) INTERVENCIÓN CONTINUADA

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____.
Se adjunta receta o informe médico para conocimiento del Centro.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento _____
_____ conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	<input type="checkbox"/> Propio alumno <input type="checkbox"/> Personal del Centro
Duración del tratamiento	<input type="checkbox"/> Desde el día _____ a las ___ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica. <input type="checkbox"/> Todo el curso.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

B) INTERVENCIÓN PUNTUAL EN ESTADO DE CRISIS

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____
(alergia/asma/diabetes, epilepsia...). Se adjunta informe médico para conocimiento del Centro.

Que como consecuencia de lo anterior, en determinadas ocasiones, al entrar en contacto con dicha sustancia, puede sufrir una crisis en su enfermedad que suponga un peligro real y grave para su salud.



COLEGIO

SAN JUAN DE LA CRUZ

CARMELITAS DESCALZOS

Que en esta situación de crisis, necesita con carácter urgente la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

D/Doña. _____ en mi calidad de padre / madre / tutor/a del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional **no sanitario** bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

Asimismo, por la presente eximo al centro y al personal que atendió a mi hijo/a de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma Padre/Madre/Tutor/a:

D/Doña. _____

INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS:

1. La administración de medicamentos, por parte del personal del Centro, solo tendrá lugar en aquellos casos en los que resulte imprescindible suministrarlos en horario lectivo, o en su caso, en horas en las que el menor permanece en el centro educativo.
2. El personal del Centro no sanitario administrará los medicamentos, siguiendo las indicaciones señaladas en la receta o informe médico, cuya copia deberá adjuntarse a la solicitud y autorización de administración del medicamento en cuestión, de la misma manera que haría el padre, madre o tutor.
3. Solamente se podrán administrar medicamentos que no requieran de preparación.
4. La familia aportará al Centro toda la información complementaria necesaria que pueda solicitar el centro para atender mejor el requerimiento solicitado.

C/ Daoíz y Velarde, 52
24006 LEÓN

Tfno.: 987 25 94 51
Fax: 987 21 51 07

colegiojuancruz@terra.com
www.colegiojuancruz.org