



PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A ALUMNOS POR PERSONAL DEL COLEGIO

Alumno: _____

Curso: _____ Fecha de nacimiento. _____

Cualquier alumno/a que necesite tomar medicamentos prescritos por un facultativo durante las horas regulares de clase, debe ser asistido por la enfermera o persona designada del colegio, siempre que el centro reciba:

- (1) Una receta escrita por el médico detallando el método, cantidad y hora en que debe ser administrado dicho medicamento.
- (2) Un documento escrito por parte del padre/madre/tutor legal del alumno/a indicando su deseo de que el centro escolar atienda a su hijo/a como se describe en la receta facilitada por el facultativo médico.

CUANDO SEA POSIBLE LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER ADMINISTRADOS EN CASA ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR, SIEMPRE QUE SEA APROBADO POR EL EQUIPO MÉDICO.

DECLARACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL

- (i) Soy el padre, madre o tutor legal del alumno/a mencionado anteriormente. Autorizo y solicito que el personal del centro escolar asista a este alumno/a con el medicamento recetado.
- (ii) El medicamento se entregará en su recipiente original con la etiqueta de la farmacia, indicando las instrucciones completas para su correcta administración.
- (iii) El colegio y el servicio médico pueden intercambiar información referente al medicamento recetado y de la condición médica del alumno/a.
- (iv) (1) Yo (Nosotros) el (los padres) del alumno arriba indicado por medio de esta declaración eximo de cualquier responsabilidad a dicho centro escolar sobre cualquier demanda, reclamación, queja, querella o juicio de cualquier naturaleza por actuar conforme a las instrucciones arriba mencionadas y conforme a las instrucciones del médico del alumno/a.

Firma del Padre/Madre/ Tutor legal En Valladolid a ____ de _____ de 20__



DECLARACIÓN MÉDICA

El alumno/a arriba mencionado está bajo mi cuidado médico y está recibiendo tratamiento por la siguiente dolencia:

MEDICAMENTOS A SER ADMINISTRADOS EN EL COLEGIO DURANTE EL HORARIO LECTIVO

1. Medicina: _____
2. Dosis: _____
3. Cantidad : _____
4. Hora: _____
5. Método : _____
6. Posibles reacciones adversas:

Firma

En Valladolid a ____ de _____ de 20__

Nombre _____

Dirección (centro de salud de referencia) _____

Teléfono de contacto: _____