



**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
DE URGENCIA EN EL MEDIO ESCOLAR**

Yo, D./D^a....., con DNI....., domicilio..... y teléfono....., como madre/padre o tutor legal del/la alumno/a..... escolarizado/a en este centro educativo, comunica a los trabajadores del centro que mi hijo/a padece (nombre de la enfermedad, alergia medicamentosa o alimentaria...), pudiendo sufrir crisis agudas del tipo convulsiones/reacción alérgica grave/hipoglucemia/ataque de asma... .., precisando de la medicación de urgencia pautada en el **informe adjunto** del médico especialista que le trata.

Igualmente declaro haber sido informado de los riesgos derivados de la administración de la medicación de urgencia en el medio escolar y, en su caso, por profesionales no sanitarios.

SOLICITO Y AUTORIZO

A servicios médicos, (médico o enfermera escolar) a administrar la medicación (**nombre del medicamento**) con la pauta médica que se especifica en el informe médico adjunto.

Además,

EXIMO al centro educativo y al profesional que ha atendido a mi hijo/a DE TODA RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo: D./D^a _____

(Nombre del padre, madre o tutor legal)