



**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACI3N DE MEDICACI3N
DE URGENCIA EN EL MEDIO ESCOLAR**

Yo, D./D^a....., con DNI.....,
domicilio..... y tel3fono.....,
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/reacci3n al3rgica grave/hipoglucemia/ataque de asma...
....., precisando de la medicaci3n de urgencia
pautada en el **informe adjunto** del m3dico especialista que le trata.

Igualmente declaro haber sido informado de los riesgos derivados de la administraci3n de
la medicaci3n de urgencia en el medio escolar y, en su caso, por profesionales no sanitarios.

SOLICITO Y AUTORIZO

A servicios m3dicos, (m3dico o enfermera escolar) a administrar la medicaci3n (**nombre
del medicamento**) con la pauta m3dica
que se especifica en el informe m3dico adjunto.

Adem3s,

**EXIMO al centro educativo y al profesional que ha atendido a mi hijo/a DE TODA
RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuaci3n.**

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo: D./D^a _____

(Nombre del padre, madre o tutor legal)