



1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACI3N DE MEDICACI3N

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.

SOLICITO Y AUTORIZO

A servicios m3dicos, (m3dico o enfermera escolar) a administrar la medicaci3n que se especifica m3s abajo con la pauta m3dica que se adjunta (en caso de no presentar el documento redactado por el facultativo, el abajo firmante asegura bajo su responsabilidad que esa es la pauta prescrita). 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.

As3 mismo autorizo a la enfermera de servicios m3dicos a administrar en caso de **URGENCIA** la medicaci3n que considere oportuna (en ausencia del m3dico) y si es posible previa informaci3n a los padres.

Adem3s,

EXIMO a servicios m3dicos y al profesional que ha atendido a mi hijo/a DE TODA RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuaci3n.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Hora: _____

V3a de administraci3n (oral, rectal, parenteral): _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo: D./D^a _____

(Nombre del padre, madre o tutor legal)