



2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN 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. Y en caso de **URGENCIA**, a administrar la medicación que consideren oportuna previa información a los padres.

En caso de no presentar el documento redactado por el facultativo, el abajo firmante asegura bajo su responsabilidad que esa es la pauta prescrita.

EXIMIENDO al centro educativo y al profesional docente 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)