

RESOLUCIÓ d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en els centres escolars. [2016/6828]

**ANNEX V****SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A  
SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR**

SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA  
SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR

|                                                            |      |
|------------------------------------------------------------|------|
| SR/SRA:                                                    | NIF: |
| DOMICILI: <small>DOMICILIO</small>                         |      |
| TELÈFONS DE CONTACTE: <small>TELÉFONOS DE CONTACTO</small> |      |
| CORREU ELECTRÒNIC: <small>CORREO ELECTRÓNICO</small>       |      |

EN QUALITAT DE PARE/MARE, TUTOR/A LEGAL DE L'ALUMNE/A:

EN CALIDAD DE PADRE/MADRE, TUTOR/A LEGAL DEL ALUMNO/A

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| NOM: <small>NOMBRE</small> | CURS: <small>CURSO</small> |
|----------------------------|----------------------------|

del CEIP ISIDORO ANDRÉS VILLARROYA codi de centre 12000790

**SOL·LICITA** A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació/l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten. Documentació que s'aporta (**OBLIGATORI**):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI).
- Consentiment informat (annex VII).

**SOLICITA**

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación/atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan. Documentación que se aporta (**OBLIGATORIO**):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento a seguir en horario escolar (anexo VI).
- Consentimiento informado (anexo VII).

Castelló a, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, 22\_\_\_\_  
Signat firmado \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

**ANNEX VI**  
**PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN TIEMPO ESCOLAR

El/la alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

EL/LA ALUMNO/A DEBE TOMAR LA MEDICACIÓN SIGUIENTE

|                                                                                                               |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE:<br><small>NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO</small>                                    |                                                                                                                      |
| MEDICACIÓ, NOM COMERCIAL:<br><small>MEDICACIÓN/NOMBRE COMERCIAL</small>                                       |                                                                                                                      |
| DOSI:<br><small>DOSIS</small>                                                                                 | HORA D'ADMINISTRACIÓ:<br><small>hora de administración</small>                                                       |
| PROCEDIMENT PER A L'ADMINISTRACIÓ:<br><small>PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN</small>                     | DURADA DEL TRACTAMENT:<br><small>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</small>                                                    |
| INDICACIONS ( conservació, custòdia o administració)<br><small>conservación, custodia, administración</small> | Recomanacions d'actuació i altres observacions:<br><small>recomendaciones de actuación y otras observaciones</small> |
| FACULTATIU/VA QUE PRESCRIU EL TRACTAMENT:<br><small>FACULTATIVO/A</small>                                     |                                                                                                                      |
| NUM COL·LEGIAT/DA:<br><small>NÚMERO DE COLEGIADO/A</small>                                                    |                                                                                                                      |
| CENTRE DE SALUT DE REFERÈNCIA PER A INCIDÈNCIES:<br><small>CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA</small>              |                                                                                                                      |
| TELÈFON DEL CENTRE DE SALUT:<br><small>TELÉFONO DEL CENTRO DE SALUD</small>                                   |                                                                                                                      |

SIGNATURA FACULTATIU/VA  
FIRMA DEL FACULTATIVO/A

NUM COL·LEGIAT/DA:  
NUM. COLEGIADO/A

SEGELL  
SELLO

Castelló a: \_\_\_\_ d \_\_\_\_ de \_\_\_\_

RESOLUCIÓ d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en els centres escolars. [2016/6828]

**ANNEX VII**  
**CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| SR/SRA:                                         | NIF: |
| DOMICILI: <small>domicilio</small>              |      |
| TELÈFONS DE CONTACTE: <small>TELÉFONOS:</small> |      |

## EN QUALITAT DE PARE/MARE, TUTOR/A LEGAL DE L'ALUMNE/A:

## EN CALIDAD DE PADRE/MADRE, TUTOR/A LEGAL DEL ALUMNO/A

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| NOM: <small>NOMBRE</small> | CURS: <small>CURSO</small> |
|----------------------------|----------------------------|

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa,

INDICA QUE HA SIDO INFORMADO POR EL MÉDICO/A

Sr/Sra \_\_\_\_\_, col·legiat/col·legiada núm. \_\_\_\_\_,

SR/SRA.

COLEGIADO/A NUM:

de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne /alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorizació podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/alumna en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada mediante comunicación escrita a la persona responsable de la jefatura del centro docente.

Castelló a: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 22\_\_\_\_\_

signat: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_