



## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

La administración de medicamentos al alumnado se deberá de intentar que se realice fuera del horario lectivo del centro.

En caso de no ser posible, será la familia la responsable de desplazarse al centro para su administración.

En caso de tampoco ser posible esta opción, la familia deberá de autorizar a la dirección del centro mediante la presente solicitud y adjuntando la **prescripción médica correspondiente**.

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

Sra/Sr. \_\_\_\_\_, con NIF/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_  
con domicilio a los efectos de notificación en \_\_\_\_\_  
localidad \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_  
teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_  
madre, padre, tutora, tutor legal del alumna/alumne \_\_\_\_\_  
del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_ del CEIP Professor Ramiro Jover de València.

### 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.

Indica que han sido informado por el médico o médica, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

### **Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):**

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar.

Valencia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ NIF/NIE/Pasaporte: \_\_\_\_\_



GENERALITAT  
VALENCIANA

Telèfon: 962566320  
46017471@edu.gva.es  
C/ Pio IX s/n València 46017  
<https://portal.edu.gva.es/ceipramirojover/es>



## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/la menor tiene que recibir en horario escolar la medicación siguiente:

Nombre y apellidos del alumno o alumna: \_\_\_\_\_

Medicación (nombre comercial del producto): \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Hora de administración: \_\_\_\_\_

Procedimiento / vía para su administración: \_\_\_\_\_

Duración del tratamiento: desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( \_\_\_ días)

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

---

---

---

---

---

---

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

---

---

---

---

---

Facultativo que prescribe el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Núm. Colegiado: \_\_\_\_\_