

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

(Cumplimentar solo si se está en la situación.

Se entregará en Secretaría al comenzar el curso, siempre que lo autoricen las autoridades sanitarias)

Sr/Sra. _____, con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en _____, localidad _____, CP. _____, provincia _____ teléfonos: _____/_____/_____, email: _____, padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna _____ del curso _____ del centro educativo IES VEGA BAJA de la localidad de Callosa de Segura

SOLICITA A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación/la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Documentación que se aporta (**OBLIGATORIO: modelos a cumplimentar en la siguiente página**):

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

Consentimiento informado

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo: _____
Madre/padre/tutor/tutora legal

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/la menor debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

- Nombre y apellidos del alumno/a: _____
- Medicación (nombre comercial del producto): _____
- Dosis: _____
- Hora de administración: _____
- Procedimiento/vía para su administración: _____
- Duración del tratamiento: _____

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

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

Fecha: _____

Firmado: _____

Núm. Col. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra _____, con domicilio en _____, teléfonos de contacto _____ / _____ y NIF _____, en calidad de padre, madre o tutor/tutora legal del alumno/alumna _____.

Indica que ha sido informado por el médico / por la médica, Sr/Sra. _____, colegiado/colegiada núm. _____, 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 previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo: _____

Madre/padre/tutor/tutora legal