

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

Este documento contiene tres páginas numeradas. La segunda página debe ser cumplimentada por el médico correspondiente.

D./Dña. _____, con DNI/NIF/NIE: _____,
con domicilio a los efectos de notificación en _____,
localidad _____, CP. _____, provincia _____, teléfonos: _____/
_____/_____, correo electrónico _____,
y como padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna
_____ matriculado en el curso _____ del centro educativo IES
VEGA BAJA de la localidad 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**):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar.
- Consentimiento informado (reverso del presente documento)

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado _____

NIF _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO

ESCOLAR

A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO CORRESPONDIENTE

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 incidencia:

Fecha: _____

Firmado: _____

Núm. Colegiado: _____

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/a _____

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 Callosa de Segura, a _____ de _____ de 20_____

Firmado: _____

DNI/NIF/NIE: _____