

ANEXO IV
INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA
LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN HORARIO ESCOLAR.

DATOS ALUMNO/A: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

El/la alumno/a debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicación (nombre comercial del medicamento)	Dosis	Hora de adminis- tración	Procedimiento/ Vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia y administración del medicamento

Recomendaciones de actuación y otras observaciones: _____

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado:

Núm. colegiado/colegiada:

SRA. DIRECTORA DEL CEIP MAESTRO JUAN BERNIA - PEDRALBA (VALENCIA)

ANEXO V

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A
LEGAL Y SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA
DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U
OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR.**

Sr./Sra. _____ NIF: _____,

domicilio de notificación en _____

localidad _____ CP _____ Provincia _____

Teléfonos: _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____

Padre, madre, tutor/a legal del/ de la alumno/a: _____

_____ del curso _____ grupo _____

del centro educativo _____

código _____ localidad de _____ provincia _____

Indica que ha sido informado/a por el médico/a, Sr./Sra. _____

_____ colegiado/a núm. _____

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

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.

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

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

_____, _____, de _____, de 20 _____

Firmado: _____

NIF: _____