

ANEXO I**PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO
SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES.**

Al niño/a.....

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial).....
- Dosis.....
- Procedimiento/vía de administración.....
.....
- Momento preferente de administración.....
.....
- Duración (fecha de finalización).....
- Conservación.....
- Posibles efectos secundarios.....
.....
- Otras observaciones:.....

Se deben realizar en horario escolar las siguientes actuaciones:

.....

Otras observaciones.....

ADMINISTRACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Puede presentar la siguiente situación de emergencia.....

.....

Que el profesional del centro docente podrá identificar según los síntomas que se
señalan:.....

.....

En ese momento podrá realizar la siguiente intervención:

- Medicamento.....
- Procedimiento/ vía de administración.....
- Duración (fecha de finalización).....
- Conservación.....
- Posibles efectos secundarios.....
- Otras observaciones.....

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:.....

.....

Nº Colegiación.....

Fdo.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE TUTOR O TUTORA LEGAL

D./D^a.....

en calidad de tutor/a legal del niño/a

.....

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y por parte de personal no sanitario en el centro docente.
- Que he recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, AUTORIZO que se le administre a mi hijo/ el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

Ena dede 20.....

Fdo.....

DNI.....