

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(nombrecomercial):
- Dosis:
Procedimiento/vía de administración:
- Momento preferente de administración:
- Duración fecha inalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Se le 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 o signos que se señalan:

En ese momento, deberá realizar la siguiente intervención:

Medicamento:
Procedimiento/vía de administración:

Duración (fecha finalización):
Conservación:
Posibles efectos secundarios:
Otras observaciones:

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:

Fecha:
Fdo:
Nº Colegiación

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 arriba 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/a 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.

En a de de 20

Fdo.:

DNI: