

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 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 de finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:

Fecha: N° 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 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 Zaragoza, a de de 2.0

Fdo.: D.N.I.: