



Consentimiento para administrar medicamentos.

Yo D/Dña. _____ con DNI _____ como madre/padre/tutor de:

Nombre alumno/a _____

Curso _____,

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautadas POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telemática a la persona designada (profesor/tutor/enfermero/a) con suficiente antelación:

1. Informe médico o copia de la receta. Que indique claramente el:

Nombre del medicamento _____

Dosis _____

Hora a la que debe tomarlo, _____

Duración del tratamiento _____

2. Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el colegio durante el tratamiento, y/o que cada día ira y volverá del colegio a casa.
3. En dicho consentimiento la familia, responsables y o tutores, **conocen y aceptan** que el personal que pueda suministrar el medicamento en el centro educativo no es personal sanitario y, por tanto, asumen los riesgos derivados de su actuación.

Firma:

Fecha:

Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero con el objeto de prestar a su hijo asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificarla o cancelarla, dirigiéndose al Colegio. Hasta el momento, entendemos que disponemos de su autorización para utilizar esta información con los fines antes mencionados (L.O. 5/1992). De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, referente a la protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automatizado, previamente comunicado a la Agencia de Protección de Datos.