

**DATOS REFERENTES A LA SALUD DEL ALUMNO**

La familia deberá cumplimentar los datos que el centro deba conocer, con el objeto de que su hijo reciba la atención necesaria por parte de los profesionales del mismo.

En su caso, se deberá adjuntar el informe del profesional competente y autorizar expresamente al centro si pudiera ser necesario tener que realizar algún tipo de intervención o administrarle algún medicamento al menor durante el horario escolar, motivado su estado de salud.

<b>ESTADO DE SALUD GENERAL:</b>	
<b>VACUNACIONES:</b>	
<b>OBSERVACIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS:</b>	
<b>ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO:</b>	
<b>DISCAPACIDADES FÍSICAS, PSÍQUICAS O SENSORIALES:</b>	
<b>OTROS DATOS DE SALUD RELEVANTES PARA EL CENTRO:</b>	

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

### DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:				
NOMBRE:				
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	

EXPONE

#### A) INTERVENCIÓN CONTINUADA

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_. Se adjunta receta o informe médico para conocimiento del Centro.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento \_\_\_\_\_, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

#### B) INTERVENCIÓN PUNTUAL EN ESTADO DE CRISIS

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_ (alergia/asma/diabetes, epilepsia...). Se adjunta informe médico para conocimiento del Centro.

*Que como consecuencia de lo anterior, en determinadas ocasiones, al entrar en contacto con dicha sustancia, puede sufrir una crisis en su enfermedad que suponga un peligro real y grave para su salud.*

*Que en esta situación de crisis, necesita con carácter urgente la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:*

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

D/Doña. \_\_\_\_\_ en mi calidad de padre / madre / tutor/a del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional no sanitario bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

Asimismo, por la presente eximo al centro y al personal que atendió a mi hijo/a de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma Padre/Madre/Tutor/a:

D/Doña. \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS:

1. La administración de medicamentos, por parte del personal del

centro, solo tendrá lugar en aquellos casos en los que resulte imprescindible suministrarlos en horario lectivo, o en su caso, en horas en las que el menor permanece en el centro educativo.

2. El personal del centro no sanitario administrará los medicamentos, siguiendo las indicaciones señaladas en la receta o informe médico, cuya copia deberá adjuntarse a la solicitud y autorización de administración del medicamento en cuestión, de la misma manera que haría el padre, madre o tutor.
3. Solamente se podrán administrar medicamentos que no requieran de preparación.
4. La familia aportará al centro toda la información complementaria necesaria que pueda solicitar el centro para atender mejor el requerimiento solicitado.
5. El centro tratará la información médica facilitada, a los efectos señalados en la presente autorización, con el objetivo de posibilitar la prestación del servicio educativo al alumno/a.