

ADMINISTRACION DE MEDICACION PERIODICAMENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a:
con DNI:
domicilio:
teléfono:
como padre/madre/tutor legal del alumno:
curso: _____ de este Centro Escolar.

DE FORMA PERIÓDICA.

Nota: Se entiende de forma periódica un tratamiento de varios días o el que pueda surgir puntualmente durante el curso escolar.

DECLARO:

PRIMERO.- Que el menor padece la siguiente afección _____
precisando de la administración de la medicación siguiente:

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Hora: _____

Vía de administración (oral, rectal, parenteral): _____

() pauta en el informe adjunto del médico especialista que le trata.

() pauta según mi responsabilidad.

(Señalar lo que proceda)

SEGUNDO.- La entrega al Centro de la medicación necesaria y la información pertinente al tratamiento.

TERCERO.- EXIMO al Centro educativo y a la profesional que ha atendido a mi hijo DE TODA RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación prescrita por el facultativo o pauta según la responsabilidad del familiar.

Por lo indicado, **SOLICITO Y AUTORIZO** a la enfermera escolar a administrar la medicación indicada.

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de 20__

Fdo: D/D^a _____

(Nombre del padre, madre o tutor legal)