

## ADMINISTRACION DE MEDICACION EN CASOS PUNTUALES

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D<sup>a</sup>:  
con DNI:  
domicilio:  
teléfono:  
como padre/madre/tutor legal del alumno:  
curso: \_\_\_\_\_ de este Centro Escolar.

A los efectos de la atención de su salud, **SOLICITO Y AUTORIZO** lo siguiente:

**DE FORMA PUNTUAL**, administrar el siguiente medicamento: \_\_\_\_\_

**Nota:** Se entiende de forma puntual una sola dosis.

La familia debe traer la medicación necesaria, aunque si el alumno necesita un analgésico y/o antiinflamatorio le será facilitado por el Centro siempre y cuando se autorice por teléfono.

En caso de no presentar el documento cumplimentado por el facultativo se exime al Centro Educativo y al profesional que ha atendido al alumno de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación.

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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

(Nombre del padre, madre o tutor legal)

MARCA AQUÍ SI QUIERES QUE SE PRORROGUE AUTOMÁTICAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO HASTA NO MANIFESTAR LO CONTRARIO.