

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a:
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 **DECLARO:**
PRIMERO.- Que el menor padece la siguiente afección:
(debe hacerse una descripción completa de la misma)

SEGUNDO.- Que tal afección puede causar o desarrollar crisis agudas del tipo siguiente:

y precisa de la medicación de urgencia pautada en el informe adjunto del médico especialista que le trata.
(No olvidar adjuntar informe médico)

Para supuestos distintos, autorizamos avisar al 112 y trasladar al Centro sanitario más próximo si así se indica desde la centralita del 112, avisándonos personalmente de estas medidas, o, en su caso, a D _____, persona que designamos para esta responsabilidad.

TERCERO.- El alumno traerá al Centro la medicación que le haya sido pautada.

CUARTO.- 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.

Por lo indicado, **SOLICITO Y AUTORIZO** a la enfermera escolar a administrar la medicación con la pauta médica que se especifica en el informe médico adjunto.

Y para que así conste, a modo de información, autorización y compromiso, firmamos la presente

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

Fdo: D/D^a _____
(Nombre del padre, madre o tutor legal)