

## AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE MEDICACIÓN CEIP CARLOS III

Nombre y apellidos alumno/a:

Curso:                      Grupo:

Nombre y apellidos del padre, madre o tutor, responsable legal:

1.

2.

DNI padre, madre o tutor, responsable legal:

1.

2.

Teléfono/móvil de contacto:

1.

2.

Email de contacto:

1.

2.

Aseguradora (SERMAS, MUFACE, etc...)

Yo, como representante legal del alumno/a, comunicamos a los trabajadores del Centro Educativo Carlos III que nuestro hijo/a padece \_\_\_\_\_ pudiendo sufrir crisis agudas (SI-NO) del tipo \_\_\_\_\_ precisando medicación de urgencia (SI-NO) denominada:

Aporto informe: SI NO

**PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ES IMPRESCINDIBLE APORTAR INFORME MÉDICO CON PAUTA**

Nombre del medicamento:

Vía de administración: (oral, inyectable, tópica, etc)

Dosis (cantidad):

Tratamiento: agudo crónico

Hora de administración:

Periodo de administración: Desde \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Les comunicamos que deben ser conscientes y responsables del **control de la fecha de caducidad** de la medicación y sustituirla si fuera necesario.

Por medio de la presente, autorizo que se le administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del colegio. Asimismo me hago totalmente responsable de esa decisión, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad o de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Además, EXIMIMOS al centro educativo y al profesional que ha atendido a nuestro hijo de TODA RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación

Un cordial saludo

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

1.Fdo:

2.Fdo:

Ante cualquier duda pueden ponerse en contacto con enfermería:

[carmen.carpinterocarrasco@educa.madrid.org](mailto:carmen.carpinterocarrasco@educa.madrid.org)