

ANEXOII

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)

Al niño/a _____

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

• Medicamento (nombre comercial del producto): _____

• Dosis: _____

• Momento preferente para su administración: _____

• Procedimiento/vía para su administración: _____

• Duración del tratamiento (fecha finalización): _____

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: _____

Fdo.: N° Col:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL
--

D/Dña.: _____ de ___ años de edad,

con domicilio en _____ y DNI _____,

en calidad de tutor/a legal del niño _____

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración de dicha medicación en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En..... a..... de..... de 2.....

Fdo.: Don / Doña DNI