

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(distintos de antitérmicos y analgésicos)

Para que el personal de COLEGIO EL PORVENIR pueda administrar medicamentos (distintos de antitérmicos y analgésicos) a su hijo, Vd. debe saber lo siguiente:

Cuando un alumno necesite tomar medicamentos en el Centro, se pedirá a los padres:

- 1) Receta Médica de persona autorizada (Médico de Familia, Odontólogo o Especialista) para medicinas controladas, o en su caso informe clínico firmado donde se exprese con claridad las dosis y el tiempo de tratamiento.
- 2) Autorización de los padres mediante el presente escrito.
- 3) El medicamento en el empaquetado original (no caducado).

En ningún caso se administrarán en el Centro fármacos sin receta o informe médico.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre y apellidos del alumno: _____

Curso: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Nombre de la Madre/Tutora: _____

Los abajo firmantes autorizamos a COLEGIO EL PORVENIR para que pueda administrar a nuestro hijo el siguiente medicamento de la manera recetada, y para que pueda comunicarse con la persona que recetó el medicamento si necesitara información adicional acerca del mismo. Eximimos al personal de COLEGIO EL PORVENIR de cualquier responsabilidad por administrar este medicamento en horario escolar. Entendemos que la información del medicamento puede ser compartida con el personal sanitario y docente que atiende a nuestro hijo cuando sea necesario, así como con el personal del 112, en caso de que sean llamados.

Medicamento: _____

Dosis: _____

Vía de administración: _____

Frecuencia: _____

Por cuánto tiempo: _____

(Dosis matinal _____ mg. será administrada en el Centro, solamente si el alumno olvida tomársela en casa)

Para el tratamiento de: _____

Efectos secundarios posibles: _____

Instrucciones especiales: _____

Último día que se le debe dar: _____

ALERGIAS a medicamentos: _____

Entendemos y autorizamos a que el medicamento pueda ser administrado tanto por el servicio de enfermería escolar del Centro, como por su tutor/a o, en su caso, el profesional no sanitario bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos, pero siempre bajo la supervisión del servicio de enfermería escolar del Centro.

Eximimos al COLEGIO EL PORVENIR y al personal que atienda a nuestro hijo de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de nuestro hijo, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En cualquier caso, COLEGIO EL PORVENIR se reserva el derecho a no asumir la responsabilidad que implica aceptar compromisos de administración de medicamentos, si lo estima procedente.

De conformidad con todo lo anterior firmamos la presente autorización.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA

(Son necesarias las firmas de ambos progenitores/tutores. En caso de que sólo sea posible la firma de uno de ellos, el firmante deberá adjuntar documento en el que manifieste el motivo por el que sólo firma uno de ellos)

En _____, a ___ de _____ de 20__

Información básica sobre protección de datos

Responsable: FUNDACIÓN FEDERICO FLIEDNER, titular de COLEGIO EL PORVENIR; **Finalidad:** administración de medicamentos con autorización; **Legitimación:** consentimiento expreso del interesado, DA 23ª LOE y normativa de desarrollo, ejecución de un contrato, interés legítimo conforme al artículo 6.1.f) del RGPD e interés público esencial conforme al art. 9.1.g) del RGPD; **Destinatarios:** no se cederán datos a terceros, salvo personal sanitario y compañía de seguros en caso necesario, obligación legal o previa autorización de los afectados; **Derechos:** revocar su consentimiento, acceder y rectificar sus datos y demás derechos, como se explica en la información adicional; **Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.elporvenir.es