AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre y apellidos alumno/a:
Curso:
Tutor:
Patología por la que precisa el medicamento:

NOMBRE MEDICACIÓN	VIA ADMÓN. (ORAL, INYECTABLE, TÓPICA…)	DOSIS DE ADMINISTRACIÓN	PAUTA DE ADMINISTRACIÓN	PERIODO DE ADMINISTRACIÓN (si procede)

DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN ADJUNTA

❑ **Informe médico firmado con pauta escrita de medicación.**

❑ **Medicación en su envase original**

Los abajo firmantes autorizamos al centro CEIP LAS CASTAÑERAS y solicitamos al personal sanitario que administre a nuestro hijo/a el siguiente medicamento pautado por un facultativo médico así como los cuidados, protocolos, pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautados. Por ello me hago responsable de esa decisión, liberando al centro de cualquier responsabilidad que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a. Entendemos que la información del medicamento puede ser compartida por el personal docente que trabaja con nuestro/a hijo/a cuando sea necesario, así como con el personal del 112, en caso de que sean contactados.

Nombre y apellidos tutor 1:

DNI:
Firma:

Nombre y apellidos tutor 2:

DNI:
Firma:

Arroyomolinos, ____ de _____ del _____

Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, la enfermera puede administrar todos los tratamientos farmacológicos, siendo imprescindible la existencia de una prescripción médica actualizada, con receta médica oficial y/o informe médico que proporcione la familia y siempre que se cumplan las medidas de seguridad de los tratamientos pautados.