

ANEXO IV

INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicación (nombre comercial del producto)	Dosis	Hora de administración	Procedimiento/ vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado      Núm. colegiado/colegiada:

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL  
Y  
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO  
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN  
U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

con NIF: \_\_\_\_\_, con domicilio a los efectos de notificación en

\_\_\_\_\_

localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_

padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna

\_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_

del centro educativo \_\_\_\_\_

de la localidad de \_\_\_\_\_

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

\_\_\_\_\_

colegiado/colegiada núm. \_\_\_\_\_ de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario, y

**SOLICITA**

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

**Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):** informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

