



**EL AVE MARIA**

C/ Doctor Salgado, 16 28038 Madrid

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA SITUACIONES MÉDICAS ESPECÍFICAS

### DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:					
NOMBRE:					
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD	

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	

## E X P O N E

### A) INTERVENCIÓN CONTINUADA

#### Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_. Se adjunta receta o informe médico para conocimiento del Centro.

#### Segundo.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita una atención específica/la administración del medicamento/ \_\_\_\_\_, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

### O BIEN:

### B) INTERVENCIÓN PUNTUAL EN ESTADO DE CRISIS

#### Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_ (alergia/asma/diabetes, epilepsia...). Se adjunta informe médico para conocimiento del Centro.

## Segundo

Que **DEBIDO A** de dicha enfermedad y sus consecuencias, en determinadas ocasiones, necesita el uso y administración de \_\_\_\_\_.

Que debido a su actual situación médica necesita en el horario escolar \_\_\_\_\_

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

D/Doña. \_\_\_\_\_, en mi calidad de padre / madre / tutor/a del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a la Dirección del Centro para que se proceda a la administración de lo anteriormente indicado/medicación descrita por parte del personal del Centro que ésta designe, profesional no sanitario.

Asimismo, por la presente eximo al centro y al personal que atendió a mi hijo/a de cualquier responsabilidad que pueda derivarse, en caso de empeoramiento del estado de salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme a las correspondientes indicaciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma de ambos progenitores/tutores:

### INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS:

1. La administración de medicamentos, por parte del personal del centro, solo tendrá lugar en aquellos casos en los que resulte imprescindible suministrarlos en horario lectivo, o en su caso, en horas en las que el menor permanece en el centro educativo.
2. El personal del centro no sanitario administrará los medicamentos/ \_\_\_\_\_, siguiendo las indicaciones señaladas en la receta o informe médico, cuya copia deberá adjuntarse a la solicitud y autorización de administración del medicamento en cuestión, de la misma manera que haría el padre, madre o tutor.
3. Solamente se podrán administrar medicamentos que no requieran de preparación.
4. La familia aportará al centro toda la información complementaria necesaria que pueda solicitar el centro para atender mejor el requerimiento solicitado, así como los medicamentos que en su caso sea necesario administrar.
5. Se autoriza al centro a disponer de la información médica facilitada a los efectos señalados en la presente autorización y a incorporarla al Fichero de Datos del que es Titular el **Colegio EL AVE MARIA**, y que tiene como objetivo la adecuada organización y prestación de las actividades propias del Centro. Los titulares de los datos podrán ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a Colegio EL AVE MARIA, o al correo electrónico [diremadrid@avemarianas.org](mailto:diremadrid@avemarianas.org).