

**COMUNICACIÓN DE NECESIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN / ATENCIÓN
ESPECÍFICA EN HORARIO ESCOLAR**

Alumno:	Grupo:
Solicitante:	NIF:

D./D^a _____, con domicilio a efectos de notificación en _____, localidad _____ C.P. _____
Provincia _____, teléfonos _____ / _____ y correo electrónico _____, como padre/madre/tutor(a) del alumno/a _____,

COMUNICO QUE:

- El citado alumno, según el informe médico adjunto, presenta la necesidad de administrar medicación/realizar atención específica en horario escolar.
- Existe imposibilidad por nuestra parte para acudir al centro a realizar la administración de medicación / atención médica específica.
- He recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir, sobre la no existencia en el centro de personal sanitario para la administración de medicación / atención médica específica y señalo que estoy conforme con el procedimiento descrito.
- He recibido información adecuada sobre las dudas que les he planteado por lo que presto mi consentimiento a la prescripción realizada por el facultativo de administrar medicación en horario escolar.
- Me comprometo a proporcionar la medicación que ha establecido el facultativo y a revisar periódicamente, en colaboración con la dirección del centro, que se encuentra en las condiciones adecuadas de conservación (límites de caducidad, características específicas de conservación)
- He sido informado por el facultativo que firma la prescripción médica de todos los aspectos relativos a la dispensación de cuidados o administración de medicamentos en tiempo escolar y estoy de acuerdo que personal no titulado de dicho Centro educativo suministre la medicación mencionada a mi hijo.

Por todo ello, **SOLICITO:**

- Al director del I.E.S. Virgen del Espino de Soria que arbitre los medios necesarios para proceder a la administración de la medicación / atención específica según la prescripción médica adjunta.

Documentación que se aporta:

- ☐ Prescripción médica de la medicación/atención (con contenido mínimo indicado por el centro)
- ☐ _____

En a de de 20.....

Fdo.:

INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL INFORME FIRMADO POR EL FACULTATIVO MÉDICO

- Datos completos del alumno.
- Descripción de la afección y situación de emergencia que puede presentar.
- Síntomas o signos que el facultativo considere que indican que el niño se encuentra en situación de emergencia, si ese fuera el caso.
- Descripción detallada de la intervención a realizar.
- Indicaciones detalladas sobre la administración de medicamento que se precisa, con los siguientes datos:
 - Medicamento que se tiene que administrar
 - 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

D./D^a _____, con DNI
nº: _____, en calidad de padre/madre/tutor/a del alumno/a

manifiesto que he sido debidamente informado/a por el facultativo y por el centro escolar acerca de todos los aspectos relacionados con la administración de la medicación prescrita y/o la atención en situaciones de emergencia durante el periodo escolar, y autorizo expresamente que dicha administración o atención sea realizada por personal no sanitario del centro docente.

En _____, a de de 20.....

Fdo.: