



## PROTOCOLO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

### Datos del alumno/a

APELLIDOS:

NOMBRE:

CURSO:

### Datos del PADRE/MADRE/TUTOR

APELLIDOS:

NOMBRE:

DNI/NIE/PASAPORTE

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

### EXPONE

#### Primero:

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado: \_\_\_\_\_

Se adjunta informe médico.

#### Segundo:

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración de un medicamento conforme a las indicaciones que se señalan a continuación y que aparecen en la receta médica que adjunto:

- Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- Dosis: \_\_\_\_\_
- Forma de administrarlo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por ello, firmo esta autorización:

D /D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

En calidad de padre/madre/tutor del alumno/a arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO bajo mi responsabilidad a que en caso necesario, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte del personal del colegio, quedando el Colegio C. Elfo y el personal, exentos de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma: