



La relación de anexos que se acompaña es la siguiente:

- III. Prescripción médica para la administración de medicamentos en tiempo escolar (personal no sanitario) y consentimiento.**

- IV. Prescripción médica para la dispensación de cuidados en tiempo escolar (personal no sanitario) y consentimiento.**

- V. Solicitud al director del centro para la administración de medicamento u otra atención en horario escolar.**

- VI. Autorización de la dirección para la administración de medicación y otra atención en horario escolar por personal no sanitario.**

- XI. Prescripción médica para la atención en situaciones de emergencia previsible.**



ANEXO III
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)

Al niño/a _____

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial del producto): _____
- _____
- 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:

Otras observaciones: _____

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: _____

Fdo.: Nº Col:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D/Dña.: _____ de ____ años de edad, con domicilio
en _____ y DNI _____,
en calidad de tutor/a legal del niño _____

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración de dicha medicación en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En a de de 2.....

Fdo.: Don / Doña DNI



ANEXO IV

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA DISPENSACIÓN DE CUIDADOS
EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)**

Al niño/a _____

Se le deben realizar los siguientes cuidados:

Otras observaciones: _____

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: _____

Fdo.: Nº Col:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D/Dña.: _____ de ____ años de edad, con domicilio
en _____ y DNI _____,
en calidad de tutor/a legal del niño _____

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la dispensación de cuidados en tiempo escolar y da su consentimiento para la dispensación de dicho cuidado en el centro docente por personal no sanitario.[]

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En a de de 2.....

Fdo.: Don / Doña DNI



ANEXO V

**SOLICITUD AL DIRECTOR DEL CENTRO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTO U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR**

Centro Docente:	Localidad:
Solicitante: (nombre y apellidos)	NIF
Alumno:	Curso y grupo:

D./Dña. _____

con domicilio a efectos de notificación en _____

localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfonos _____ / _____ correo electrónico _____

SOLICITA

Al Director del Centro docente arriba indicado que arbitre los medios para proceder a la administración de la medicación / atención específica según la prescripción médica que se adjunta.

He recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir y señalo que estoy conforme con el procedimiento descrito y que 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.

El abajo firmante se compromete 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)

Ha 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.

Documentación que se aporta:

Prescripción médica de la medicación o atención

En a de de 20.....

Fdo.:.....



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN U
OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO**

D/Dña. _____, director/a del centro docente
_____ de la localidad de _____,

a la vista de la solicitud de _____ (fecha) aportada por D/Dña _____
_____, padre, madre o tutor/a del alumno/a: _____
_____, del curso _____, grupo _____

Teniendo en cuenta la documentación aportada por el interesado:

- Prescripción médica de la medicación o atención
- Solicitud
- _____

Considerando que la solicitud puede ser ejecutada con los efectivos humanos y materiales disponibles,

RESUELVO,

Autorizar, la prestación de la asistencia solicitada teniendo en cuenta que la misma se realizará según el protocolo establecido por el centro.

Esta prestación se realizará por el tiempo que se señala en la prescripción médica que según se señala es hasta el día _____.

El familiar solicitante se compromete a aportar el medicamento o el material que sea necesario para esta prestación.

En a de de 2.....

EL/LA DIRECTORA/A

Fdo.:



COLEGIO
**NUESTRA
SEÑORA
DEL PILAR**

Cooperativa de Enseñanza

C/ Antonio Machado 18
50800 Zuera, Zaragoza

976 680 116

nspilarzuera@gmail.com

www.nspilarzuera.com



ANEXO XI

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ATENCIÓN EN SITUACIONES DE
EMERGENCIA PREVISIBLE**

El niño/a _____

Puede presentar la siguiente situación de emergencia:

En el momento en que el profesional considere que el niño se encuentra en situación de emergencia según los síntomas o signos que se señalan:

Deberá realizar la siguiente intervención

- 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:

Otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: _____

Fdo.: Nº Col:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D/Dña.: _____ de ___ años de edad, con domicilio en _____ y DNI _____, en calidad de tutor/a legal del niño _____

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la atención en situaciones de emergencia previsible por parte de personal no sanitario en el centro docente.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al director del centro docente.

En a de de 2.....

Fdo.: Don / Doña DNI