



AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Todos los medicamentos que deban ser suministrados durante el horario escolar, ya sea por prescripción médica o por la propia voluntad de los padres, se administrarán en la Clínica del Colegio bajo la supervisión del profesional responsable.

Bajo ninguna circunstancia los estudiantes deberán automedicarse siguiendo las instrucciones de sus padres, ni deberán mantener o guardar ningún tipo de medicamento en sus mochilas, pupitres, taquillas, etc. El Colegio agradece su colaboración en mantener protegidos a sus hijos, y nuestros alumnos, ante cualquier contrariedad que pudiera surgir en relación con la custodia y suministro de medicamentos en el centro.

Para que los medicamentos sean suministrados en la clínica, **se deberá enviar** al Colegio (mediante carta, fax, correo electrónico) una **copia firmada del presente documento con todos los datos completos que se renovará cada lunes**. Se necesitarán tantas copias como medicamentos haya que suministrar. Todos los medicamentos en **su envase original y con su dosificador**, deberán ser entregados preferentemente por los padres directamente al profesor, tutor o responsable de clínica o por los alumnos en cuanto accedan al Colegio. **En el envase del medicamento deberá escribirse el nombre del alumno, dosis de la medicación y hora de la administración.**

Nombre del estudiante: _____ Curso: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta de administración (oral, etc.): _____

Dosis _____ Hora _____ Período de administración: _____

Patología: _____

¿Desea que el medicamento permanezca en el Colegio durante el tratamiento?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si procede: ¿desea que el medicamento sea reconstituido (mezclado) en el Colegio?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo me hago totalmente responsable, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo.

Nombre y apellidos del firmante: _____ Fecha: _____

Firma: _____ DNI: _____

Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero automatizado con el objeto de prestar a su hijo asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificarla o cancelarla, dirigiéndose al Colegio. Hasta el momento, entendemos que disponemos de su autorización para utilizar esta información con los fines antes mencionados (L.O. 5/1992). De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, referente a la protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automatizado, previamente comunicado a la Agencia de Protección de Datos.

