

RESOLUCIÓN DE 7 DE NOVIEMBRE DE 2017, DEL DIRECTOR GENERAL DE INNOVACIÓN, EQUIDAD Y PARTICIPACIÓN Y EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL GOBIERNO DE ARAGON, POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA ATENCION EDUCATIVA AL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRONICAS ASI COMO LA INTERVENCION EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN LOS CENTROS DOCENTES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

ANEXO I. PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCION DE RESPONSABILIDADES.

Al alumno/a:

Se le debe administrar en horario escolar la **siguiente medicación**:

- Medicamento (nombre comercial):

- Dosis:

Procedimiento/vía de administración:

- Momento preferente de administración:

- Duración o fecha finalización):

- Conservación:

- Posibles efectos secundarios:

- Otras observaciones:

Se le deben realizar en horario escolar las siguientes actuaciones:

Otras observaciones:

ADMINISTRACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Puede presentar la siguiente situación de emergencia:

Que el profesional del centro docente podrá identificar según los síntomas o signos que se señalan:

En ese momento, deberá realizar la siguiente **intervención**:

- Medicamento:
- Procedimiento/vía de administración:
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:

- Fecha:
- Fdo:
- N° Colegiación:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA LEGAL
--

D./Dña.:..... en calidad de tutor/a legal del
alumno/a

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y por parte de personal no sanitario en el centro docente.
- Que he recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, **AUTORIZO** que se le administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

Enade..... de
20.....

Fdo:

DNI: