



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DE URGENCIA  
EN EL CENTRO ESCOLAR**

Yo, D. /D<sup>a</sup> ....., con DNI.....,  
domicilio..... y teléfono.....,  
como madre/padre o tutor legal del/la alumno/a.....  
..... escolarizado /a en este centro educativo, comunica  
que mi hijo/a padece ....., pudiendo  
sufrir crisis agudas del tipo .....  
precisando de la medicación de urgencia pautada en el informe adjunto del médico  
especialista que le trata.

**SOLICITO Y AUTORIZO**

A la enfermera escolar o persona responsable del mi hijo/a en ese momento a administrar la  
medicación que se especifica más abajo con la pauta médica que se adjunta.

Además,

**EXIMO al centro educativo y al profesional que ha atendido a mi hijo/a DE TODA  
RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.**

- **Nombre del medicamento:**.....
- **Dosis:**.....
- **Vía de administración (oral, rectal, parenteral):**.....

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

Fdo: D. /D<sup>a</sup>.....

