



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR

Yo, D. /D^a, con DNI.....,
domicilio..... y teléfono.....,
como madre/padre o tutor legal del/la alumno/a.....
..... escolarizado /a en este centro educativo.

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 (en caso de no presentar el documento redactado por el facultativo, el abajo firmante asegura bajo su responsabilidad que esa es la pauta prescrita)

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:**.....
- **Hora:**.....
- **Duración del tratamiento:**.....
- **Vía de administración (oral, rectal, parenteral):**.....

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

Fdo: D. /D^a.....