



ANEXO IV
INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

| Medicación (nombre comercial del producto) | Dosis | Hora de administración | Procedimiento/ vía para su administración | Duración del tratamiento | Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento |
|---|--------------|-----------------------------------|--|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado

Núm. colegiado/colegiada:



ANEXO V
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL
Y
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN
U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR

Sr./Sra. _____
con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en

localidad _____ CP _____ provincia _____
teléfonos _____ / _____ / _____
correo electrónico _____
padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna
_____ del curso _____ grupo _____
del centro educativo _____
de la localidad de _____

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

colegiado/colegiada núm. _____ de todos los aspectos relativos a
la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da
su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no
sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los
medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la
prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona
responsable de la dirección del centro docente.



Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

_____, _____, de _____, 20____

Firmado _____

NIF _____