



**AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN Y/O LA TENENCIA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA**

**Padre/Tutor:** SE PRECISA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE UN ESTUDIANTE SE AUTOADMINISTRE Y/O LLEVE CONSIGO MEDICAMENTO DENTRO DE LA ESCUELA. **DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS ESPACIOS.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Únicamente un estudiante con una enfermedad o condición médica de salud crónica puede tener y autoadministrarse y/o llevar consigo medicación para esta en el horario escolar. El medicamento debe dejarse en el envase identificado con la receta que emitió la farmacia. No puede haber ninguna otra sustancia en el envase que no sea la medicación recetada. Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El padre el estudiante debe solicitar autorización para que el estudiante lleve consigo y se autoadministre el medicamento.** Por la presente solicito que mi hijo se autoadministre la siguiente medicación recetada. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento si presento un pedido por escrito al director de la escuela. Además, entiendo que este consentimiento es válido exclusivamente para el año lectivo vigente. Avisaré inmediatamente a la escuela si hay un cambio en el uso de la medicación.

Durante el horario escolar, este estudiante tiene permiso para: (el prestador médico elige una opción)

- Llevar consigo medicación para que sea administrada únicamente por personal capacitado.
- Llevar consigo medicación y autoadministrársela con supervisión.
- Llevar consigo medicación y autoadministrársela.

X \_\_\_\_\_

Iniciales del médico o de la  
enfermera profesional

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo

- Un proveedor de salud manifiesta por escrito que el estudiante sufre de una enfermedad o infección médico-aguda o crónica para la que toma medicación recetada. Por la naturaleza de la enfermedad o infección de salud se precisa que se administre la medicación con carácter de emergencia:

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el estudiante de referencia tiene una enfermedad o infección de  
(Nombre del médico o de la enfermera profesional)

salud crónica, por lo que precisa que se administre la siguiente medicación con carácter de emergencia.

Medicamento recetado: \_\_\_\_\_

Dosis/Frecuencia/Número de receta: \_\_\_\_\_

Indicaciones para administrarlo/efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha inicial para administrar el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

- Un proveedor de salud manifiesta por escrito que se le indicó al estudiante cómo debe autoadministrarse la medicación.**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que se le indicó a; estudiantemente de referencia cómo debe autoadministrarse  
(Nombre del médico o de la enfermera profesional) la siguiente medicación.

Médico/enfermera profesional: X \_\_\_\_\_

(Firma del médico o de la enfermera profesional)

Médico/enfermera profesional: X \_\_\_\_\_

(Nombre en imprenta del médico o de la enfermera profesional)

**EL PERMISO ES VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE PARA EL AÑO LECTIVO VIGENTE Y PARA EL ESTUDIANTE QUE FIGURA EN EL FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN COMPARTIR SU MEDICACIÓN CON OTROS ALUMNOS. SE TOMARÁN ACCIONES DISCIPLINARIAS ANTE SU INCUMPLIMIENTO.**