



# SERVICIO DE ENFERMERÍA ESCOLAR



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS COMUNES:

(ANALGÉSICOS ANALGÉSICOS ANTITÉRMICOS Y PROTECTORES DIGESTIVOS)

Queridas familias, con objeto de dinamizar la atención a vuestros hijos, el Servicio de Enfermería Escolar os propone la autorización escrita para administración de medicamentos comunes. De este modo, pretendemos resolver procesos sencillos como cefaleas, dolores musculoesqueléticos y fiebres bajas por ejemplo, sin tener que llamaros y evitando así sustos. La comunicación y registro de dichas medicinas quedará reflejado en la agenda del alumno (y también en la base de datos protegida de la enfermería).

ESTA AUTORIZACIÓN SE ENTREGA SÓLO LOS ALUMNOS QUE PRECISAN ALGUNA MEDICACIÓN CON RELATIVA FRECUENCIA: Dolores menstruales, dolor de cabeza recurrentes y otros episodios que se repitan cíclicamente.

DE MANERA NORMAL, EL ALUMNO TOMARÁ O TRAERÁ LA MEDICACIÓN EN/DESDE CASA, PERO SI ALGÚN DÍA NO LA TOMA O LA OLVIDA SE LO PODREMOS ADMINISTRAR EN EL COLEGIO GRACIAS A ESTA AUTORIZACIÓN.

Según la legislación vigente (L.O. 1/1996 de 15 de Enero, L.O. 10/1995 de 23 de Noviembre, entre otras), debemos recoger autorización escrita para dicha administración.

No así en casos de urgencia vital, en los que las leyes amparan la administración de medicamentos urgentes y las maniobras de primeros auxilios, siguiendo unas pautas consensuadas de actuación y con la debida formación del personal del centro (ésta última pretendemos ponerla en práctica de manera continua).

### DOCUMENTO CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA:

D/Dña..... con DNI.....

Como padre/madre/tutor del alumno.....

Solicito y **AUTORIZO** a al servicio de enfermería escolar, a la administración del medicamento:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (SI SE CONOCE)	OBSERVACIONES
Marcar <input checked="" type="checkbox"/>	(en caso de no reflejar el Servicio de enfermería calculará dosis según peso y edad, teniendo en cuenta contraindicaciones y alergias)	
DALSY/IBUPROFENO <input type="checkbox"/>		
APIRETAL/PARACETAMOL <input type="checkbox"/>		
PRIMPERAN/AERORED <input type="checkbox"/>		
OTROS (Indicar nombre): <input type="checkbox"/> .....		

En ARANJUEZ a ..... de ..... de 201....

Fdo.:.....

ROGAMOS RELLENEN, FIRMEN Y REMITAN ESCANEADO (foto) a

[enfermeria@cas-aranjuez.org](mailto:enfermeria@cas-aranjuez.org) , o en mano.