



AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN/CUIDADOS A ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR

D./Dña.: _____

Padre/madre o tutor legal del alumno/a: _____

Del curso: _____ y con Tutor/a: _____

EXPONE

Que su hijo/a anteriormente citado/a puede necesitar durante el horario escolar la administración de la siguiente medicación o cuidados, pudiendo ser aplicados por personal no sanitario, y siempre previa prescripción médica que acompañará esta autorización:

| Medicamento / Cuidados | Dosis | Frecuencia |
|------------------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SOLICITA

del Colegio San Ignacio (Jesuitas) de Oviedo la administración de dicha medicación/cuidado especial si fuera necesaria durante el tiempo de permanencia de su hijo en el Centro Escolar.

AUTORIZA

Al personal de dicho centro educativo para suministrar la medicación mencionada, eximiendo al centro de toda responsabilidad sobre los efectos de su aplicación. Asimismo, se asume que el personal del colegio no está necesariamente capacitado ni obligado en la práctica sanitaria, siendo consciente de su buena fe por mantener y mejorar la salud del alumno y de aplicar los primeros auxilios necesarios en la medida de lo posible. Además, ante cualquier crisis médica o de urgencia de su hijo, el orden de actuación del Centro será el siguiente:

- 1- PROTEGER: Evaluar la situación y verificar que el alumno/a se encuentre en un lugar seguro.
- 2- AVISAR: Llamar al 112 (servicio médico de urgencias).
- 3- SOCORRER: Aplicar los primeros auxilios.
- 4- Aplicar medicación si procede (se debe adjuntar información sobre el modo de proceder).
- 5- Llamar a los teléfonos de los familiares aquí indicados, en orden de prioridad:

| Nombre y Apellidos | Parentesco | Teléfono |
|--------------------|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

En Oviedo, a _____ de _____ de _____

Firma del padre, madre o tutor legal