

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA AL SERVICIO MÉDICO

D/D^a _____ con DNI _____
Padre/madre del/la alumno/a _____ curso _____

Autorizo al Servicio Médico del Colegio Las Rosas a realizar a mi hijo/a las exploraciones médicas necesarias para la práctica de la vigilancia de la salud específica, con arreglo a los riesgos existentes en el Centro Escolar, así como a las campañas de revisiones médicas establecidas y a la administración de medicamentos, previamente pautados por su médico, a mi hijo/a durante su estancia en el Centro.

De igual modo, afirmo que los datos facilitados, relativos a los antecedentes médicos de mi hijo/a, son veraces y no hay ocultamiento por nuestra parte de los datos relativos a la salud de nuestros/as hijos/as.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

El padre, madre o tutor legal

El padre, madre o tutor legal

Fdo: D./D^a _____
DNI/NIE _____

Fdo: D./D^a _____
DNI/NIE _____

NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL COLEGIO

1. La Administración de medicación, únicamente se realizará previo correo a serviciomedico@colegiolasrosas.es donde se adjuntará:

- Datos del alumno (nombre y apellidos y clase).
- Informe médico de la patología que está sufriendo en ese momento.
- Nombre de la medicación.
- Hora de la administración.
- Dosis a administrar.

En caso de que esta información esté incompleta, NO SE ADMINISTRARÁ dicho medicamento sin la comunicación directa de los padres.

2. La administración de medicamentos se realizará dentro del horario escolar por la enfermera del colegio siempre que:

- Exista imposibilidad para administrarlo en otro horario y siempre que alguna de las dosis coincida dentro del horario de enfermería (10:30-15:30).
- Se presenten casos como fiebre, dolor de cabeza, golpes, caídas... y requieran alguna pomada o medicamento para esta situación concreta, siempre previa autorización.

3. Respecto al medicamento que debiera ser administrado por la enfermera:

- En el caso de alumno/a de Primer o Segundo Ciclo de Educación Infantil, el medicamento se entregará, por parte de la familia directamente al tutor del/de la mismo/a a primera hora de la mañana.
- Si el alumno/a es de Educación Primaria, ESO o Bachillerato, la familia comunicará al tutor, mediante la agenda escolar, la necesidad de administrar dicho medicamento.

En el caso de que un/a niño/a hubiera requerido de algún cuidado de enfermería, se informará a la familia y se le facilitará un parte de lesiones con la primera atención recibida en el Centro.

AUTORIZACIÓN PARA TRASLADO A UN CENTRO MÉDICO

Estimadas familias:

Nos dirigimos a vosotros para comunicaros el tipo de actuación (protocolo) que nuestro centro seguirá en aquellos casos en los que el alumnado tuviera alguna indisposición o pudiera sufrir algún accidente grave o leve y debieran ser atendidos en un centro médico.

Se avisará telefónicamente a las familias para informarles del caso y que valoren y se hagan cargo de la situación. En el supuesto de no poder contactar con las familias, y si el caso lo requiriese, personal del centro escolar se ocuparía de trasladar al alumno/a al centro médico.

Para poder actuar en el 2º supuesto necesitamos vuestra autorización, eximiendo con ella de toda responsabilidad al centro y a las personas que realizaran dicho traslado, en cualquier medio de transporte (coche privado, taxi o ambulancia).

D./D^a _____ con D.N.I. nº _____
en su condición de padre/madre/representante legal del alumno o alumna: _____
de _____ curso de _____

SÍ **NO** autorizo al Centro para que trasladen a mi hijo/a a un centro médico, en el caso que estimen oportuno, eximiendo de cualquier responsabilidad en dicho traslado a las personas designadas a tal efecto, pudiendo para ello utilizar el medio de transporte que consideren conveniente.

Esta autorización es extensible a todos los años de escolarización que mi hijo/a permanezca en el centro.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

El padre, madre o tutor legal

El padre, madre o tutor legal

Fdo: D./D^a _____
DNI/NIE

Fdo: D./D^a _____
DNI/NIE

Entendemos que si **NO** firmáis el conforme de la autorización sólo podríamos actuar, en caso de extrema gravedad, llamando al Servicio de Urgencias y sin asumir la responsabilidad que de ello se derive.

COLEGIO LAS ROSAS, S.L.
Avda. Niza, Nº 24
Calabria, Nº 1
28022 MADRID