



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA POR VÍA ORAL

Don/Doña \_\_\_\_\_

con DNI/NIE/Pasaporte nº \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor/a del alumno \_\_\_\_\_

escolarizado en \_\_\_\_\_, comunica a la Dirección del Centro y/o tutor la

necesidad de administración del medicamento \_\_\_\_\_

prescrito por su pediatra/especialista, adjuntando receta médica con dosis \_\_\_\_\_

y frecuencia \_\_\_\_\_ y con un periodo de administración (fecha) de \_\_\_\_\_

hasta \_\_\_\_\_

Solicito y **AUTORIZO** al Centro, a la administración del medicamento \_\_\_\_\_

quedando el Centro y el profesorado **EXENTOS** de toda **RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de

dicha actuación.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_



Dirección del Área Territorial de Madrid Capital  
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

**Comunidad de Madrid**



Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero automatizado con el objeto de prestar a su hijo asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificación o cancelación, dirigiéndose al Colegio. Hasta el momento, entendemos que disponemos de su autorización para utilizar esta información con los fines antes mencionados (L.O. 5/1992). De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de diciembre, referente a la protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automatizado, previamente comunicado a la Agencia de Protección de Datos.