



AUTORIZACIÓN MÉDICA

D/Dña: _____

Padre/ Madre / tutor@ del niño@: _____

- ❖ Manifiesta estar informado del protocolo de actuación ante urgencia médica consistente en:
 1. Aviso al 112.
 2. Comunicación a la familia.
- ❖ Si existiera Servicio de enfermería escolar, la primera valoración/intervención sería realizada por el DUE del centro.
- ❖ En caso de precisarse, el tutor legal AUTORIZA AL EQUIPO DEL CEIP BARCELONA en caso de URGENCIA MÉDICA:
 1. En caso de requerirlo, TRASLADAR AL MENOR a un centro médico para su correcta atención, avisando a la familia y actuando de acuerdo con ella.
 2. En el caso de que fuera imprescindible, administrar algún medicamento de mantenimiento (previamente consultado) como antipiréticos, gel/crema anti golpes, etc.
 - Evitaremos dar medicamentos que no hayan sido administrados con anterioridad por la familia.
 - Si el alumno/a presenta (o pudiera presentar) **ALERGIA** a medicamentos u otro tipo de material, se debe señalar y adjuntar el correspondiente informe médico.
 - COMO NORMA GENERAL, **SE DEBE AJUSTAR LAS HORAS DE LAS TOMAS DE ANTIBIÓTICOS Y DEMÁS MEDICAMENTOS FUERA DEL HORARIO ESCOLAR, CON EL FIN DE MINIMIZAR RIESGOS Y PREVENIR INCIDENTES.**
 - La administración de medicamentos dentro del horario escolar, solamente se efectuará, bajo prescripción facultativa y con la receta médica destinada al efecto y siempre por vía oral/tópica. En el envase del medicamento se pondrá el nombre del niño, la frecuencia y la cantidad en que se debe administrar, y se entregará en mano a la educadora.

En Madrid, a ___ de _____ de 202__

Firma padre/madre/tutor legal