



ANEXO III
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)

Al niño/a [Form field]

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial del producto): [Form field]
Dosis: [Form field]
Momento preferente para su administración: [Form field]
Procedimiento/vía para su administración: [Form field]
Duración del tratamiento (fecha finalización): [Form field]

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

[Form field]

Otras observaciones: [Form field]

Facultativo que prescribe el tratamiento: [Form field]

Fecha: [Form field] Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: [Form field]

Fdo.: ..... Nº Col: .....

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D/Dña.: [Form field] de [Form field] años de edad, con domicilio en [Form field] y DNI [Form field], en calidad de tutor/a legal del niño [Form field]

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración de dicha medicación en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En [Form field] a [Form field] de [Form field] de 2[Form field]

Fdo.: Don / Doña ..... DNI .....