
 <p>COL·LEGI LA IMMACULADA Carrer Robert Graves, 38. Telèfon 971 - 73 12 29 07015 - PALMA</p>	<p style="text-align: center;">Autorització Administració de medicaments amb recepta mèdica</p> <p style="text-align: center;">Codi de Centre: 07002730 Curs 15-16</p>	 <p>PC 1 Data del document: 01.09.15</p>
--	--	---

Els Srs. i, titulars dels DNI. núm. i, respectivament, pares de l'alumne/a menor d'edat, MANIFESTEN:

1) Que el seu fill/a està afecte de (*especificar malaltia*), tal i com s'acredita mitjançant la còpia de la documentació mèdica que així ho acredita.

2) Que aquesta malaltia suposa la necessitat d'administrar a l'alumne determinades mesures terapèutiques o medicaments en casos determinats.

3) Que aquestes mesures consisteixen en:

Administració regular de medicaments per via oral.

Control de la auto-administració de medicaments per part del propi alumne/a.

Administració de medicaments o mesures terapèutiques en cas de crisis prèviament definides.

4) Que les mesures són les que es defineixen a continuació, i s'aplicaran en els següents casos:

(definir clarament el medicament i la posologia si es tracta d'un tractament regular o les situacions de crisi en què s'hagi d'administrar i les mesures a prendre)

5) En cap cas, i llevat del supòsit de risc vital, el centre prendrà mesures diferents de les especificades. Els pares manifesten que les mesures especificades no pressuposen la necessitat d'un acte mèdic previ i que, en tot cas, el centre només els supleix com a custodi del seu fill durant les hores en què es troba escolaritzat.

6) En qualsevol cas, el centre i el seu personal queda totalment eximit de responsabilitat pel cas que, per manca de col·laboració de la família, no s'administri o, en el seu cas, no es suspengui l'administració quan sigui necessari.



7) Qualsevol modificació d'aquest protocol precisarà de la comunicació escrita i signada dels pares de l'alumne/a o d'un professional sanitari.

Palma, de de

Sgt. Vist-i-plau. Sgt.

Sgt. Sgt. Col·legi

(Pares) (Metge de família)

 <p>COL·LEGI LA IMMACULADA Carrer Robert Graves, 38. Telèfon 971 - 73 12 29 07015 - PALMA</p>	<p style="text-align: center;">Autorización Administración de medicamentos con receta médica</p> <p style="text-align: center;">Código de Centre: 07002730 Curso 15-16</p>	 <p>ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification</p> <p>PC 1 Fecha del documento: 01.09.15</p>
--	--	--

Los Señores..... y....., titulares de los DNI. núm. y....., respectivamente, padres del alumno/a menor de edad.....,

MANIFIESTAN:

1) Que su hijo/a..... padece..... (*Especificar dolencia*), tal y como se acredita mediante la copia de la documentación médica que así lo acredita.

2) Que esta enfermedad supone la necesidad de administrar al alumno/a determinadas medidas terapéuticas o medicamentos en casos determinados.

3) Que estas medidas consisten en:

Administración regular de medicamentos por vía oral.

Control de la auto-administración de medicamentos por parte del propio alumno/a.

Administración de medicamentos o medidas terapéuticas en caso de crisis previamente definidas.

4) Que las medidas son las que se definen a continuación y se aplicarán en los siguientes casos:

(Definir claramente el medicamento y la posología si se trata de un tratamiento regular o las situaciones de crisis en que se deba administrar y las medidas que deben tomarse)

5) En ningún caso, y sólo en el supuesto de riesgo vital, el centro tomará medidas diferentes de las especificadas. Los padres manifiestan que las medidas especificadas no suponen la necesidad de un acto médico previo, y que, en todo caso, el centro sólo les sufre como custodia de su hijo/a durante las horas en que se encuentra escolarizado.

6) En cualquier caso, el centro y su personal queda totalmente exento de responsabilidad en el caso que, por falta de colaboración familiar, no se administre o, en su caso, no se suspenda la administración cuando sea necesario.

7) Cualquier modificación de este protocolo precisará de la comunicación escrita y firmada de los padres del alumno/a o de un profesional sanitario.

Palma,..... de..... de.....

Firmado..... Visto bueno. Firmado.

Firmado..... Firmado. Colegio

(Pares) (Médico de familia)