



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN - COMUNIDAD DE MADRID.

C.E.I.P. 'SIGLO XXI'

Avda. de La Coruña 70 - LAS ROZAS DE MADRID. Tfno. y Fax 91.636.02.91  
www.colegiosigloxxi.es



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**

**DE URGENCIA EN EL MEDIO ESCOLAR**

Yo, D. / D<sup>a</sup> ..... ,  
Con DNI/NIE/PASAPORTE nº ..... ,  
domicilio..... y teléfono.....  
....., como madre/padre o tutor legal del/la alumno/a..... escolarizado/a en este centro educativo, comunica a los trabajadores del centro que mi hijo/a padece (nombre de la enfermedad),..... pudiendo sufrir crisis agudas del tipo convulsiones/reacción alérgica grave/hipoglucemia/ataque de asma ..... precisando de la medicación de urgencia pautada en el informe adjunto del médico especialista que le trata.

Igualmente declaro haber sido informado de los riesgos derivados de la administración de la medicación de urgencia en el medio escolar y, en su caso, por profesionales no sanitarios.

**SOLICITO Y AUTORIZO**

Al tutor, enfermera escolar o profesor responsable de mi hijo/a en ese momento a administrar la medicación (nombre del medicamento) ..... con la pauta médica que se especifica en el informe médico adjunto.

Además, **EXIMO** al centro educativo y al profesional que ha atendido a mi hijo/a **DE TODA RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de dicha actuación.

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

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

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

(Nombre del padre, o tutor legal)

(Nombre de la madre, o tutora legal)