

### **ANEXO III - AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE PARACETAMOL**

Con el fin de resolver algunas de las situaciones de salud que habitualmente ocurren durante el horario lectivo y que estén relacionadas con la administración de medicamentos, les indicamos algunas medidas adoptadas en el centro escolar y les pedimos que si están de acuerdo firmen la autorización adjunta. El medicamento antitérmico que contiene el botiquín escolar es el paracetamol.

La dosis que se le administrará a su hijo/a será exclusivamente la autorizada y sólo una vez.

Usted debe acudir lo antes posible a recoger a su hijo/a. Si está de acuerdo, autorice su administración en caso de fiebre.

Recuerde al pediatra el horario escolar para que, siempre que sea posible, NO LE PAUTE medicamentos durante el mismo.

Cualquier situación con respecto a la administración de este medicamento, le será comunicado por teléfono.

### **AUTORIZACIÓN DE AMBOS PROGENITORES/AS O TUTORES/AS LEGALES**

Don/Doña \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_

#### **Como Progenitores/as o Tutores/as legales del alumno/a**

Autorizamos al personal del Centro donde está escolarizado nuestro hijo/a que se le administre **PARACETAMOL:**

\* Si el menor tiene temperatura mayor a 38º C y el retraso en su recogida es mayor a 30 minutos.

\* Si el menor tiene una temperatura mayor a 37,5º C y antecedentes de convulsiones febriles y/o epilepsia y la recogida se excede de los 20 minutos.

Así mismo **EXIMO** al personal de la Ciudad Educativa Municipal CEM HIPATIA-FUHEM de toda responsabilidad que pudiera sobrevenir como consecuencia de la actuación realizada.

En Rivas Vaciamadrid, a.....de.....de.....

**Firma de ambos Progenitores/as o Tutores/as legales.**

**NOTA: ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE AMBOS PROGENITORES/AS O TUTORES/AS LEGALES EN TODAS LAS AUTORIZACIONES.**

**ANEXO III - AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON (JUSTIFICANTE MÉDICO)**

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con DNI nº \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con DNI nº \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto:

Nombre \_\_\_\_\_ TLF 1 \_\_\_\_\_ TLF2 \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ TLF 1 \_\_\_\_\_ TLF2 \_\_\_\_\_

Otros familiares (especificar parentesco, nombre y teléfono) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Como Progenitores/as o Tutores/as legales del alumno/a**

**AUTORIZAMOS** al personal de la Ciudad Educativa HIPATIA-FUHEM, donde está escolarizado mi hijo/a que se le suministre la dosis correspondiente (nombre del medicamento y dosis)

\_\_\_\_\_ como figura prescrita en el informe médico adjunto.

Así mismo **EXIMO** al personal de la Ciudad Educativa Municipal CEM HIPATIA-FUHEM de toda responsabilidad que pudiera sobrevenir como consecuencia de la actuación realizada.

En Rivas Vaciamadrid, a.....de.....de.....

**Firma de ambos Progenitores/as o Tutores/as legales.**

**NOTA: ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE AMBOS PROGENITORES/AS O TUTORES/AS LEGALES EN TODAS LAS AUTORIZACIONES.**

**ADJUNTAR INFORME MÉDICO**