



C.P.B. HÉROES DEL 2 DE MAYO
C/ Orient Express s/nº
28770 Colmenar Viejo - Madrid - Tfno:
916 288 889



Dirección del Área Territorial
Madrid Norte
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Y JUVENTUD



PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS nº 17

La familia del alumno/a tiene el **deber inexcusable de comunicar al centro la existencia de cualquier alergia, intolerancia y/o patología** que padezca su hijo/a, ya sea en el proceso de matriculación o en el momento que tenga constancia de la misma. Igualmente, informará de las atenciones que, en su caso, pudiera requerir.

Durante este curso 2021-2022 contamos con una enfermera que administrará medicación a los alumnos/as siempre que se cumpla con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- Presentación por parte de la familia de **prescripción o informe médico** donde conste el nombre del medicamento, dosis, frecuencia de la misma y forma de administración.
- La administración de **la medicación no requerirá conocimientos técnico sanitarios** que competa exclusivamente a profesionales de la medicina.
- Haber **cumplimentado y firmado** los padres y/o tutores/as legales del alumno/a el **modelo n°3 y modelo n° 17** (descargables en la web del centro).

En los casos que proceda, se aplicará este **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**:

- La familia solicitará al **tutor/a** o descargará de la **web**, el **modelo n° 3 y modelo n° 17**.
- Los modelos n° 3 y n° 17 **deben ir acompañados del informe o prescripción médica**, la dosis y el horario (frecuencia de administración del medicamento) y forma de administración.
- Una vez cumplimentados, **los documentos se entregarán**, firmados por ambos padres y/o tutores/as legales, **al tutor/a** del alumno/a **personalmente** o a través del **sobre viajero** (en Infantil) o la **agenda** (en Primaria). No enviar al correo de secretaría de centro.



C.P.B. HÉROES DEL 2 DE MAYO
 C/ Orient Express s/nº
 28770 Colmenar Viejo - Madrid -
 Tfno: 916 288 889



Dirección del Área Territorial
 Madrid Norte
**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
 Y JUVENTUD**



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA
 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS*.**

Nº 17

(*Solo en caso de alergia, intolerancia o enfermedad crónica según establece el protocolo del centro)

Alumno/a:

Curso:	Educación Infantil	3 años	4 años	5 años			
	Educación Primaria	1º	2º	3º	4º	5º	6º

D/Dª: _____, con DNI:
 y D/Dª: _____, con DNI:
 como _____ del alumno/a.

COMUNICAMOS al tutor/a y al Equipo Directivo **la necesidad de administración del medicamento** _____ prescrito por su pediatra/especialista, **adjuntando receta médica con dosis y frecuencia**.

Habiendo leído el protocolo de administración de medicamentos del colegio Héroes del 2 de Mayo, **SOLICITAMOS y AUTORIZAMOS** al centro, a la administración del medicamento antes mencionado a nuestro hijo/a, quedando el centro, el personal docente y/o de comedor **EXENTOS** de toda **RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de dicha actuación.

Firma de madre, padre y/o tutoras/es legales

Fdo.:

Fdo.:

En Colmenar Viejo, a _____ de _____ de 20__