

## AUTORIZACIÓN PARENTAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

El personal del centro no administrará medicinas al alumnado sin la cumplimentación de este cuestionario y, en cualquier caso, se registrará por lo dispuesto en la School medicine policy, disponible en la página web.

Nombre del alumno/a:	Curso:
Fecha de nacimiento: _____	
Condición médica	
Nombre y tipo de medicina (tal y como se describe en el prospecto)	
Fecha de expiración	
Dosis y forma de administración	
Frecuencia / administrar hasta (fecha de última dosis)	
Precauciones adicionales / especiales	
Efectos secundarios que el centro deba conocer	
Auto administración por parte del alumnado	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Proceso a seguir en caso de emergencia	
Fecha de entrega de la medicación en la secretaría del centro	..... de ..... de 20.....
<p>La información proporcionada es correcta en el momento de la firma y doy mi consentimiento al centro y su personal para administrar dicha medicación según lo dispuesto en su política de medicación. También me comprometo a modificar dicha información por escrito en el momento que hay algún cambio en la dosis, frecuencia o interrupción de la misma.</p> <p><b>DECLARO RESPONSABLEMENTE, en virtud del art. 69 Ley 39/2015, que todos los datos arriba expuestos son verídicos y que toda la documentación justificativa que adjunto es original o copia de documentación original.</b></p> <p style="text-align: right;">En Londres a _____ de _____ de 20__</p>	

NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE (PADRE / MADRE O TUTOR LEGAL DEL ALUMNO)