

Autorización para administrar medicamentos

Yo D/Dña. _____ con DNI
_____ como madre/padre/tutor de: Nombre alumno/a
_____ Curso _____,

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautadas POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telemática a la persona designada (profesor/tutor/enfermero/a) con suficiente antelación:

1. Informe médico o copia de la receta. Que indique claramente el:

Nombre del medicamento _____

Dosis _____

Hora a la que debe tomarlo, _____ (1ª toma) _____ (2ª

toma) Duración del tratamiento _____ (fecha fin o última toma)

2. Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el colegio durante el tratamiento, y/o que cada día irá y volverá del colegio a casa.¹

Firma: Fecha:

Esta autorización, así como receta (foto adjunta, escaneado, etc.) podrá gestionarse en SNAPP o vía mail a mbcossio@schoolnurses.es o entregando a la enfermera, preferiblemente en sobre cerrado para garantizar la confidencialidad.



Sus datos forman parte de los tratamientos responsabilidad del CENTRO con la finalidad de prestar la asistencia médica que precise el menor en los términos en los que ha prestado el consentimiento. Su consentimiento legitima el tratamiento de sus datos, que serán conservados mientras sean necesarios para los fines legales y atender las obligaciones legales correspondientes. La información no será cedida a terceros salvo obligación legal, y sin perjuicio de que, en caso de existir riesgo para la salud o integridad física del menor, se pueda comunicar a un profesional o facultativo médico-sanitario. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito al establecimiento del CENTRO, acreditando su identidad. De estimarlo oportuno, puede presentar reclamación ante la autoridad de control correspondiente.

¹ No se recibirá medicamento alguno directamente de manos de los niños, éstos deben ser entregados en correctas condiciones por y a personal adulto o el responsable designado; recepción, secretaria, profesor en caso de no poder ser entregado a/por la enfermera/o directamente. En dicho caso, se debe comunicar y confirmar por parte del padre que esta medicación ha sido entregada al servicio de enfermería. Deberá venir indicado: dosis diarias, fecha de inicio y de fin del tratamiento.

Authorisation to administer medication

I, Mr/Mrs. _____ with DNI
_____ as mother/parent/guardian of:

Student's name _____

Year _____,

I authorise the administration of prescribed medication for specific or chronic treatment, or emergency medication as necessary, as well as the administration of care, protocols and/or routine control and/or treatment tests prescribed by a MEDICAL DOCTOR, and which I therefore undertake to provide in advance, either in person or by telematic means to the designated person (teacher/guardian/nurse) with sufficient notice:

Medical report or copy of the prescription. Clearly indicating the:

Name of the medicine _____

Dosis _____

Time to be taken, _____ (1st dose) _____ (2nd dose)

Duration of treatment _____ (end date or last dose)

Medication in its original, properly stored and labelled container to be kept at school for the duration of the treatment, and/or to go to and from school each day.

Signature: Date:

This authorization, as well as the prescription (attached photo, scan, etc.) can be managed in SNAPP or via email to mbcossio@schoolnurses.es or by giving it to the nurse, preferably in a sealed envelope to guarantee confidentiality.



Your data are part of the treatments that are the responsibility of the school in order to provide the medical assistance required by the minor in the terms in which they have given consent. Your legitimate consent to the processing of your data, which will be kept as long as they are necessary for legal purposes and meet the corresponding legal obligations. The information will not be transferred to third parties except legal obligation, and without prejudice to the fact that, in the event of a risk to the health or physical integrity of the minor, it may be communicated to a professional or medical-health practitioner. You can exercise your rights of access, rectification, deletion, opposition, limitation of the treatment and portability of the data by writing to the establishment of the school, proving your identity. If deemed appropriate, you can file a claim with the control authority.