



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS DE ASMA EN LA ESCUELA

RESOLUCIÓN de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educació, Investigació, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, DOCV Num. 7865 / 05.09.2016

### ANNEX VI PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

- Nom i cognoms de l'alumne o alumna: ...
- Medicació (nom comercial del producte):...
- Dosi: ...
- Hora d'administració: ...
- Procediment/via per a la seua administració: ...
- Duració del tractament: ...
- Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

...  
...  
...  
...  
...

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

...  
...  
...  
...

Facultatiu que prescriu el tractament: ...

Data: ...

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències: ...

Signat ... Núm. Col.l....

Firmad

### ANNEX VII

#### CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra. ...,  
amb domicili a ...,  
telèfons de contacte .../...  
i NIF ..., en qualitat de pare, mare o tutor/tutora legal de l'alumne/alumna ...

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, Sr/Sra. ..., col·legiat/col·legiada núm. ..., de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

..., ..., de... , 20...

Signat:... NIF:...

Firmad

### ANEXO VI PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/la menor debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

- Nombre y apellidos del alumno/a)
- Medicación (nombre comercial del producto): ...
- Dosis: ...
- Hora de administración: ...
- Procedimiento/vía para su administración: ...
- Duración del tratamiento: ...

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

...  
...  
...  
...  
...

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

...  
...  
...  
...

Facultativo que prescribe el tratamiento: ...

Fecha: ...

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias ...

o... Núm. Col. ...

### ANEXO VII

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra ...,  
con domicilio en...  
teléfonos de contacto /

NIF en calidad de padre, madre o tutor/tutora legal del alumno/alumna

Indica que ha sido informado por el médico / por la médica, Sr/Sra.

, colegiado/colegiada núm. ..., de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/alumna en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

En a ... de 20

Firma:

NIF: