



## Autorización escrita para administrar medicamentos

LE RECORDAMOS QUE SI LO PREFIERE PUEDE FORMALIZAR ESTA PETICION VIA [www.snapp.care](http://www.snapp.care)

Para ello, deberá acceder a la ficha de salud del alumno y cumplimentarlo en el apdo. "MEDICACIONES/NUEVA", donde podrá adjuntar foto o PDF de la receta o prescripción. Si lo prefiere, también puede adjuntar la imagen o PDF en el apdo. "DOCUMENTACIÓN" indicando si es un informe médico, un protocolo específico o planes de cuidados.

\*\*Si aún no dispone de acceso, por favor cumplimente este y entrégalo en mano junto con la medicación pautada, crónica o de emergencia que deba suministrarse o almacenarse en el colegio.

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 tomalo, \_\_\_\_\_ (1<sup>a</sup> toma) \_\_\_\_\_ (2<sup>a</sup> 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 ira y volverá del colegio a casa.<sup>1</sup>
3. **Copia de Receta** o Plan de cuidado firmado por el facultativo que lo prescribe.

Firma: .....

Fecha: .....

Esta autorización así como receta o prescripción médica podrá gestionarse en SNAPP, a través de canales seguros de comunicación o entregando en recepción, preferiblemente en sobre cerrado para garantizar la confidencialidad.

ACCESO QR

WWW.SNAPP.CARE



Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero con el objeto de prestar a su hijo asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificarla o cancelarla, dirigiéndose al Colegio. Hasta el momento, entendemos que disponemos de su autorización para utilizar esta información con los fines antes mencionados y de acuerdo con la legislación vigente aplicable, así como nueva regulación europea referente a prestación de servicios sanitarios y la protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automatizado, previamente comunicado a la Agencia de Protección de Datos.

<sup>1</sup> 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, secretaría, profesor en caso de no poder ser entregado a la enfermera/o directamente. En dicho caso, se debe comunicar y confirmar por parte del padre que ésta medicación ha sido entregada al servicio de enfermería. Deberá venir indicado: dosis diarias, fecha de inicio y de fin del tratamiento.