

Autorización de AUTOADMINISTRACIÓN de medicamentos y/o tratamientos

Información del alumno/a

Nombre y apellido:

Edad:

Curso:

Información del adulto responsable del alumno/a (madre, padre o tutor)

Nombre y apellido:

Nro. de documento:

Teléfono:

Autorizo a mi hijo/a o alumno/a a cargo para que pueda tener y autoadministrarse el medicamento o tratamiento específico que le han prescrito, según las indicaciones médicas o profesionales que se adjuntan a esta autorización.

Declaro que tanto yo como el menor a mi cargo hemos sido informados por el profesional que prescribe el tratamiento respecto a todos los aspectos relativos a la administración, conservación y caducidad de los medicamentos o elementos, controles o seguimientos médicos requeridos, como también de los posibles efectos adversos del tratamiento prescrito.

Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que se realicen periódicamente los controles médicos pertinentes e informar a la institución de los cambios en la prescripción de los tratamientos, a la vez que proporcionar el medicamento o los elementos para la atención específica en condiciones o estado adecuado, en su envase original y con su correspondiente prospecto.

Entiendo, además, que ni la institución ni el personal del Instituto Adventista Balcarce son responsables por los posibles efectos adversos, daños y/o perjuicios ocasionados por la correcta o inadecuada administración de los medicamentos o el tratamiento específico que autorizo que el menor a mi cargo se autogestione.

Autorizo de manera particular al equipo de profesionales de la institución (enfermeras, médico, psicólogos y/o nutricionista) a contactar e intercambiar información con el profesional sanitario que prescribe el tratamiento solicitado, en caso de que lo consideren conveniente.

Información del profesional que prescribe el tratamiento (médico, dentista, etc.)

Nombre y apellido:

Especialidad:

Teléfono o e-mail de contacto:

Información relativa al medicamento o tratamiento específico prescrito

Nombre del medicamento o breve mención de la atención específica prescrita:

¿Requiere algún cuidado o modo de conservación especial el medicamento o producto? ¿Cuál?:

Forma o vía de administración (oral, sublingual, parenteral, respiratoria, ojos, oídos, piel, etc.):

Posología (días por semana, horarios y dosis por toma o unidad de tratamiento prescrito):

Documentación adjunta a esta solicitud (coloque una cruz)

Informe médico con diagnóstico y tratamiento a administrar (obligatorio)

Otro documento. ¿Cuál?: _____

**Firma y aclaración del adulto
responsable del alumno/a**

Fecha: