

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.

Manifiesto 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.

Manifiesto, 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:

El medicamento o producto ¿requiere algún cuidado o modo de conservación especial? ¿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:

Compromiso del estudiante

Yo, _____ (nombre y apellido del estudiante), declaro que he sido informado/a sobre la forma correcta de administrar, conservar y utilizar el medicamento, tratamiento, suplemento u otro producto prescrito o autorizado para mi atención.

Me comprometo a:

- Guardar el medicamento, tratamiento, suplemento o producto en un lugar seguro bajo llave, dentro de mi armario personal.
- No compartirlo con ningún compañero/a bajo ninguna circunstancia.
- Autoadministrarlo únicamente según las indicaciones médicas o profesionales recibidas.
- Cuando deba llevarlo conmigo (en cartera, mochila, durante salidas o viajes escolares), me comprometo a mantenerlo siempre bajo mi cuidado personal, conservándolo en su envase original correctamente cerrado y guardado dentro de mi bolso, mochila u otro lugar seguro, fuera del alcance de otros estudiantes.

Firma del estudiante: _____

Aclaración: _____

Fecha: ____ / ____ / ____