

Autorización para o subministro de medicamentos

Nome do alumno/a:

Curso:

Patoloxía:

Nome do medicamento:

Ruta de administración (oral, inxectable, etc...):

Dose:

Hora á que se debe administrar:

Por medio da presente autorizo que se lle administre ao meu fillo/a o medicamento descrito anteriormente por parte do persoal do Centro. Así mesmo, fágome totalmente responsable desta decisión, liberando ao Colexio de calquera responsabilidade, de calquera contraindicación que poida aparecer como resultado do subministro do mesmo.

Data:

Nome e apelidos do asinante:

DNI:

Sinatura:

☐ Adxunto informe médico no que se especifica o diagnóstico, prescrición do medicamento así como todos os detalles para ser subministrado correctamente. (SÓ no caso de tratamentos crónicos, crises convulsivas o reaccións alérxicas graves).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	COLEGIO ALBA, S.L.
Finalidade	Xestión académica dos alumnos matriculados.
Lexitimación	Cumprimento dunha obriga legal e execución dun contrato.
Destinatarios	Cederanse os datos á Autoridade Educativa, ademais doutras cesións previstas na Lei, que se detallan na información adicional.
Dereitos	Acceso, rectificación e supresión dos datos persoais, así coma outros dereitos adicionais explicados na información adicional.
Información adicional	Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de Datos na Secretaría do Centro