



AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE PARACETAMOL

Con el fin de resolver algunas de las situaciones de salud que habitualmente ocurren durante el horario lectivo y que están relacionadas con la administración de medicamentos, les indicamos algunas medidas adoptadas en el centro escolar y les pedimos que, si están de acuerdo, firmen la autorización adjunta.

El medicamento antitérmico que contiene el botiquín escolar es el paracetamol. La dosis que se le administrará a su hijo/a será exclusivamente la autorizada y sólo una vez. Usted debe acudir lo antes posible a recoger a su hijo/a. Si está de acuerdo, autorice su administración en caso de fiebre.

Recuerde al pediatra el horario escolar para que, siempre que sea posible, no le pautе medicamentos durante el mismo.

Cualquier situación con respecto a la administración de este medicamento, le será comunicada por teléfono.

AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA

D....., con DNI/NIE/Pasaporte
nº..... Da....., con
DNI/NIE/Pasaporte nº..... Como padre/madre/tutor-a legal del
alumno/a: de..... años de
edad, matriculado en el curso..... Grupo.....

Autorizo al personal del Centro LOURDES donde está escolarizado mi hijo/a, si se le presentase fiebre, a que se le administre PARACETAMOL:

- **Si el/la menor tiene temperatura mayor a 38°C y el retraso en su recogida es mayor a 30 minutos.**
- **Si el/la menor tiene una temperatura mayor a 37,5°C y antecedentes de convulsiones febriles y/o epilepsia y la recogida se excede de los 20 minutos.**

Con las siguientes dosis:

- 3-5 años: 200 – 250 mg.**
- 6-9 años: 300 – 400 mg.**
- 10-12 años: 500 mg.**
- Más de 12 años: 650 mg.**

Señale la opción correcta. (Consulte con su pediatra si tiene alguna duda).

IMPORTANTE:

Antes de firmar la autorización, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el REVERSO - CLÁUSULA RGPD. Con la presente firma aceptamos la política de privacidad que se encuentra en el reverso.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Responsable del tratamiento	FUHEM FUNDACIÓN HOGAR DEL EMPLEADO Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) Tel. 91 431 02 80 http://www.fuhem.es
Delegado de Protección de Datos	Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) o dpd@fuhem.es
Finalidad del tratamiento	Los datos serán tratados para gestionar la presente autorización y la finalidad indicada en la misma de administración de la medicación al menor. Es imprescindible que aporte un informe médico donde conste el nombre del alumno, el nombre del medicamento que tiene que tomar y la pauta de administración. En caso contrario, no podremos administrar ningún medicamento.
Plazo de conservación	El plazo de conservación de los datos será arreglo a la relación que vincula al alumno con el centro educativo y, en tanto no ejerza su derecho de supresión.
Legitimación	Los datos son tratados en base a la relación existente entre Uds. Y el centro educativo y su consentimiento.
Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)	Los datos no serán cedidos o comunicados a terceros, salvo en los supuestos previstos, según Ley.
Derechos	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada, o a dpd@fuhem.es Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).
Firma	Los padres/madres/tutores D/Dña _____ y D/Dña _____ solicitan al Director/a del centro la administración al hijo/tutelado del medicamento prescrito de acuerdo con las pautas que consten en el informe médico aportado y se autoriza para su administración a los profesionales del centro. Firmado D/Dña _____ D/Dña _____ En _____ a ____ de ____ de 2019