



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 pauten 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.....

D^a....., 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).

En....., a.....de.....de 20

Firma del padre/madre/tutor legal (es obligatorio la firma de ambos).

Padre/tutor

Madre/tutor-a