



HEZKUNTZA, HIZKUNTZA POLITIKA ETA KULTURA SAILA
OSASUN SAILA
Gipuzkoako Lurralde Ordezkaritzak

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, POLÍTICA LINGÜÍSTICA Y CULTURA
DEPARTAMENTO DE SALUD
Delegaciones Territoriales de Gipuzkoa

MEDIKAZIOA EMATEKO BAIMENA

Aiten/ amen / tutoreen baimenarekin ikasleei medikazioa eman behar zaienean eskolaren lana erraztuko du baimen honek

IKASLEAREN IZEN-DEITURAK	
JAIOTEGUNA	
ZIKLOA ETA MAILA	
AMA / AITA / TUTOREA	
HARREMANETARAKO PERTSONA ETA TELEFONOA:	

ARGAZKIA

Nik.....

Ikasle honen amak/aitak/legezko tutoreak

1.- Beraren osasunarekin zerikusia duten alderdiak adierazi nahiko nituzke (X bat jarri dagokionean)

Diabetea	EZ	BAI
Arnasestua	EZ	BAI
Epilepsia	EZ	BAI
Sendagaiekiko alergia (zein diren adierazi)	EZ	BAI
Elikagaiekiko alergia (zein diren adierazi)	EZ	BAI
Bestelakoak (adierazi)	EZ	BAI

Gaixotasun horietako bat agertzekotan, gomendatzen da ikaslearen pediarraren edota familiako medikuaren txostena aurkeztea, eskola-orduetan gaixotasunaren krisiren bat gertatuz gero zein arauri jarraitu behar zaion adieraziko duena. Beste kasu batzuetan gaixotasun kronikoa baina ez kutsakorra dutelako tratamendua jasotzen duten ikasleei soilik ematen zaizkie sendagaiak, emate-aldiak 8 orduetik beherakoak izanik.

2- ikastetxeari baimena ematen diot

- **Orokorrean:** puntualki eta beharrezkoa denean (sukar, min arina eta horrelako kasuetan) sendagai hauek emateko:

Paracetamol	EZ	BAI
Ibuprofeno edo antzekoa	EZ	BAI

- **Gaixotasuna kronikoa bada:** medikuaren txostenean adierazitako sendagaiak emateko, betiere adieraziz sendagaia egoera onean dagoela eta tratamenduari segida emateko adinako dosia badagoela. Sendagaia eman eta behar bezala etiketatuta aurkezten dut (ikaslearen izena, data eta hartzeko ordua adieraziz).

3.- Ikastetxea eta sendagai-emailea erantzukizunetik salbuesten ditut, goian adierazitako araei jarraituz jokatzeko badute.

Aitaren / amaren / tutorearen sinadura

.....(e)n,2014ko.....aren(e)an

*Zigor Kodearen 195. artikulua arabera, jende guztiak babesgabezi eta arrisku nabarmen eta larritan daudenei lagundu behar die eta eginbehar hori ez betetzea delitu da, baldin eta norberaren burua eta besterena arriskutan jarri gabe egiterik badago. Era berean, Zigor Kodearen 20. artikulua arabera, erantzukizun kriminaletik salbu daude eginbeharren bat betetzen ari direnak.

* Behean sinatzen duenak adierazten du emandako datuak egiazko eta zuzenak direla eta konpromisoa hartzen du gerta daitezkeen aldaketen berri emateko. Datu Pertsonalak Babesteari buruzko 15/1999 Lege Organikoaren arabera bermatuta dago emandako datuen segurtasun eta konfidentziaztasuna bai eta datu horiek agiri honetan adierazten diren helburuak betetzeko soilik erabiliko direla ere.



HEZKUNTZA, HIZKUNTZA POLITIKA ETA KULTURA SAILA
OSASUN SAILA
Gipuzkoako Lurralde Ordezkaritzak

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, POLÍTICA LINGÜÍSTICA Y CULTURA
DEPARTAMENTO DE SALUD
Delegaciones Territoriales de Gipuzkoa

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN

Esta autorización facilitará la labor de la escuela para suministrar medicación a los alumnos con el consentimiento de los padres/madres/tutores

NOMBRE DEL ALUMNO/A		FOTO
FECHA DE NACIMIENTO		
CICLO Y CURSO		
MADRE/PADRE/TUTOR/A		
PERSONA DE CONTACTO Y TELEFONO:		

Yo
Como madre/padre/tutor legal del alumno/a

1.- Deseo informar de los siguientes aspectos relacionados con su salud (marcar con una X donde proceda):

Diabetes	NO	SÍ
Asma	NO	SÍ
Epilepsia	NO	SÍ
Alergias medicamentosas (indicar cuales)	NO	SÍ
Alergias alimentarias (indicar cuales)	NO	SÍ
Otros (indicar)	NO	SÍ

En caso de presentar alguna de las enfermedades anteriores se recomienda aportar un informe del pediatra/médico de familia del alumno/a con la pauta a seguir en caso de producirse una crisis de la enfermedad durante el horario escolar. La administración de medicamentos en la escuela en otros casos solo se realizará para alumnado con tratamiento por enfermedad crónica no contagiosa, con pautas de administración inferiores a 8 horas.

2.- Autorizo al centro escolar

- **En general:** A que administre de forma puntual y en caso de necesidad (fiebre, dolor de causa leve....), los siguientes medicamentos :

Paracetamol	NO	SÍ
Ibuprofeno o similar	NO	SÍ

- **En caso de enfermedad crónica:** A que administre los medicamentos prescritos en informe médico aportado, declarando que el medicamento está en condiciones de uso y tiene la dosis necesaria para continuar el tratamiento. Facilito el medicamento y lo presento debidamente etiquetado (nombre del alumno, fecha y hora de toma).

3.- Eximo de responsabilidad al Colegio y a la persona que administre los medicamentos y actúe según las pautas arriba indicadas.

Firma del padre/madre/tutor

Ena.....de.....2014

*El artículo 195 del código Penal, establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a otras que se hallen desamparadas y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

* El suscribiente manifiesta que los datos facilitados son ciertos y correctos, y se compromete a comunicar los cambios que se produzcan en los mismos. De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Administración garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos facilitados y su uso exclusivo para los fines que señala este documento.