

PROTOCOLO Y AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS NEUROLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS

El presente protocolo tiene como finalidad orientar y/o normar el suministro de medicamentos a los estudiantes en horario escolar, como asimismo determinar las condiciones y responsabilidades de los diversos actores en su implementación.

- Todos los medicamentos (neurológicos o psiquiátricos), que deban ser suministrados durante el horario escolar, deberán ser bajo prescripción médica. El apoderado deberá presentar con antelación el certificado del facultativo respectivo, el que deberá precisar el diagnóstico, nombre del fármaco, dosis y extensión del tratamiento.
- El apoderado deberá firmar además la autorización respectiva para que el fármaco sea suministrado en horario escolar.
- El suministro y/o administración del medicamento será bajo la supervisión de un profesional responsable del colegio (tutor, docente, asistente, paradocente).
- Bajo ninguna circunstancia los estudiantes deberán automedicarse, ni deberán mantener o guardar ningún tipo de medicamento en sus mochilas, lockers o pertenencias, más allá de la dosis prescrita e informada por el apoderado.
- Será responsabilidad del apoderado proporcionar al estudiante y/o profesional autorizado, la dosis diaria del fármaco requerido. Dicho fármaco deberá ser entregado en Coordinación de Convivencia escolar a primera hora de la mañana.
- Será responsabilidad del apoderado que el o los medicamentos suministrados al estudiante, respondan a la prescripción médica respecto a dosis, miligramos y frecuencia (horarios de ingesta).
- El apoderado deberá velar por el estado y la vigencia del medicamento (fecha de elaboración y vencimiento).

Yo,....., CI

N°:.....apoderado de....., tomo conocimiento del "Protocolo para la administración de medicamentos" establecido por el colegio San Leonardo, dando fe que la información entregada es fidedigna, comprometiéndome asimismo a cumplir con lo determinado por la institución.

Firma Apoderado: _____

Maipú, _____

Colegio San Leonardo

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito por parte del personal del Colegio. Asimismo me hago totalmente responsable, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad y contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo.

Nombre del estudiante: _____ Curso: _____

Patología: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta de administración (oral, etc.): _____

Dosis y período de administración: _____

Datos del apoderado:

Nombre del apoderado: _____

CI del apoderado: _____

Firma: _____

Maipú, _____