

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.

D./Dña. _____,
con D.N.I. nº _____ y domicilio en _____
_____ de _____ con teléfono
de contacto nº _____, como padre / madre / tutor / tutora legal del
alumno/a

_____, escolarizado en el _____
de _____, comunica al Director/a del centro y
al E.O.E. que su hijo/a presenta la siguiente enfermedad / problema de salud crónico:

DIABETES _____

Y que pueden presentarse las siguientes situaciones de riesgo:

- Alteraciones graves de los niveles de glucosa en sangre, (hiperglucemias e hipoglucemias) con posibles alteraciones de la consciencia.
-
-

Del mismo modo declaran haber sido informados por el médico del EOE sobre:

- Las medidas a tomar en caso de presentarse una situación de emergencia.
- Las medidas de prevención para evitar dichas situaciones.
- Los riesgos de la administración de medicamentos en el medio escolar y por personal no sanitario.

Los padres dejan los siguientes teléfonos de contacto para ser informados de cualquier eventualidad:

En _____, a ____ de _____ de 20____.

(Firma)

Fdo.: _____

Así mismo indican que el alumno/a necesita la medición periódica de los niveles de glucemia y la posible administración de los siguientes medicamentos:

-
-
-

prescritos por su médico especialista para ocasiones especiales (Se adjunta informe indicando cuando debe administrarse, en que dosis y por que vía.)

Una vez comprendido todo lo anterior, los padres SOLICITAN y a su vez AUTORIZAN al profesor/a tutor/a o personal del centro responsable del alumno/a en ese momento, a la administración de los medicamentos antes descritos, en las dosis y pautas prescritas por el médico especialista (según informe adjunto), y al traslado del alumno/a a un centro sanitario si no se les localiza a la mayor brevedad en los teléfonos indicados, quedando el Centro y el profesorado exento de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

(Firma)