



COLEGIO  
SIERRA  
NEVADA

Nº DE REGISTRO  
FECHA DE PRESENTACIÓN

## MODELO DE SOLICITUD

**Nombre y Apellidos:**

**D.N.I.:**

**Tutor/a del alumn@:**

**Asunto principal: Alumnado con enfermedades crónicas**

**EXPONE:**

- Entrego en Secretaría la siguiente medicación de mi hij@:

---

---

- Retiro de Secretaría la siguiente medicación de mi hij@:

---

---

**SOLICITA:**

- Incluir a mi hij@ en el listado de enfermedades crónicas
- Excluir a mi hij@ en el listado de enfermedades crónicas

**Sello del Centro**

**Firma:**

**FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	
<b>FECHA NACIMIENTO:</b>	
<b>EDAD:</b>	
<b>CONTACTOS (Tlfnº):</b>	
<b>MEDICO/A ESCOLAR</b>	
<b>PEDIATRA Y/O ESPECIALISTA</b>	

1. ¿Qué tipo de escoliosis padece? \_\_\_\_\_
2. Tipo de síntomas y/o signos que manifiesta: \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A**

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_, matriculado/a  
en el centro \_\_\_\_\_

EXPONE: Que su hijo/a padece la siguiente enfermedad \_\_\_\_\_ por lo que precisa  
que se le suministren los medicamentos \_\_\_\_\_ que se compromete a facilitar al  
centro.

AUTORIZA al personal de dicho centro educativo para que suministre la medicación a su  
hijo/a, relevándole de toda responsabilidad en cuanto a los efectos de su aplicación. Se adjunta  
prescripción médica.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2. \_\_\_\_\_








Fdo.: \_\_\_\_\_

Padre/madre o tutor/a

**ALERGIA Y ESCUELA**  
**FICHA TÉCNICA DEL ALUMNO O ALUMNA CON ALERGIA:**

NOMBRE				<b>FOTO DEL ALUMNO O ALUMNA</b>
APELLIDOS				
FECHA NACIMIENTO		EDAD		
ALÉRGICO A				
ASMÁTICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ (Riesgo mayor para reacciones graves)		
Nº TARJETA AIRE				
CENTRO EDUCATIVO		CURSO		
PROFESORA TUTOR/A				<b>LUGAR DE LA MEDICACIÓN:</b>
Tfno. CONTACTOS MADRE/PADRE/TUTOR				
MÉDICO/A EOE				

**EVALUAR Y TRATAR:**

<b>SÍNTOMAS</b>	
<p>1. Picazón en boca, leve sarpullido alrededor de la boca o labios, boca hinchada.</p> <p>2. Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo</p> <p>3. Náuseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos.</p> <p>4. Picor de ojos, ojos rojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">     </div>	<p><b>AVISAR A LA FAMILIA Y VIGILAR</b> <i>(no dejar nunca al niño/a sólo)</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua /párpados /labios /orejas hinchados.</p> <p>6. Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada.</p> <p>7. Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div>	<p><b>ADRENALINA AUTOINYECTABLE</b> <b>Y AVISAR AL: 061 ó 112</b> <i>(no dejar nunca al niño/a sólo)</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>

Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas presentes no sean graves (los recogidos en las viñetas 1 a 4) se recomienda administrar adrenalina autoinyectable precozmente para evitar la progresión a una reacción grave (síntomas recogidos en las viñetas 5, 6, y 7)

AUTORIZACIÓN DEL ESPECIALISTA Y DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE  
MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

El Dr./Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
Colegiado n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ por el colegio de médicos de \_\_\_\_\_  
como alergólogo/pediatra he revisado el protocolo de actuación y prescrito la mediación  
específica.

Lugar, fecha y firma:

Yo \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor  
legal del alumno/a: \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal del centro educativo para que suministre los medicamentos  
prescritos a mi hijo/a por parte del médico correspondiente (se adjunta prescripción  
médica), los cuales me comprometo a facilitar y a reponer cuando caduquen, relevándole  
de toda responsabilidad en cuanto a los efectos de su aplicación.

Lugar, fecha y firma:

\* “De conformidad con el artículo 195 del Código Penal, se establece como delito el  
incumplimiento de la obligación de todas las personas a socorrer a una persona que se halle  
desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de  
terceros. Igualmente, el artículo 20 del C.P. Indica que están exentos de responsabilidad  
criminal los que obran en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber  
de socorro se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina  
intramuscular) con el fin de salvar la vida del “alérgico”.