

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN

Yo, _____ con
DNI _____, en representación de mí mismo/a o como
padre/madre/tutor/a de _____,

EN EL CASO DE NECESIDAD DE RECETA MÉDICA

En el caso de necesidad de receta médica, Indico que he sido informado/a por el médico/a, Sr/Sra colegiado/colegiada número _____ de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita (indicada en el documento de “información médica”) a mi/mi hijo/a en horario en el que se le presta servicios de apoyo en Mira'm Fundació y doy mi consentimiento para su administración en los centros y servicios de Mira'm Fundació por personal no sanitario.

EN EL CASO DE NO NECESIDAD DE RECETA MÉDICA

En el caso de que no sea necesaria receta médica, doy mi consentimiento para la administración de _____ en los centros y servicios de Mira'm Fundació por personal no sanitario en las siguientes condiciones: _____

OTRAS CUESTIONES

SOLICITO A la persona responsable de la dirección del Área que presta sus servicios en el momento de la administración que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del Área correspondiente.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO EN EL CASO DE NECESIDAD DE RECETA MÉDICA): informe de salud y prescripción médica

En _____, a _____ de _____ de 20__.

DNI _____

Firma

