

**ANEXO.- PLAN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTROS CUIDADOS**

1. Introducción.
2. Solicitud y autorización de administración de medicamentos en el centro.
3. Administración de medicamentos en el horario lectivo y durante el tiempo de comedor.
4. Custodia de medicamentos.
- 5.
6. Anexos:

I. Prescripción médica para la administración de medicamentos en tiempo escolar (personal no sanitario) y consentimiento.

II. Prescripción médica para la dispensación de cuidados en tiempo escolar (personal no sanitario) y consentimiento.

III. Solicitud al director del centro para la administración de medicamento u otra atención en horario escolar.

IV. Autorización de la dirección para la administración de medicación y otra atención en horario escolar por personal no sanitario.

V. Libro de registro de la administración medicamentos u otros cuidados.

VI. Ficha para la administración de medicamento.

VII. Ficha control individual de administración de medicamento (cuadro mensual).

VIII. Control individual de administración de medicamento (lista comedor)

IX. Control de administración de medicamentos en el comedor

## 1. INTRODUCCIÓN

La Resolución de 16 de marzo de 2015, de la Dirección General de Ordenación Académica, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Salud Pública, del Gobierno de Aragón, establece las instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón y señala que éstos deben elaborar y tener procedimientos claros para la recepción segura de los medicamentos, el almacenamiento diario, la administración, la conservación en las condiciones debidas y la eliminación.

## 2. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O CUIDADOS MÉDICOS EN EL CENTRO

Como norma general, los medicamentos se administrarán fuera del horario escolar bajo la responsabilidad de la familia.

En enfermedades de curso agudo (corta duración) el profesional sanitario debe valorar la posibilidad de que el alumno permanezca alejado del entorno escolar mientras dure el periodo infeccioso y la administración de medicación.

En el centro docente es posible administrar medicamentos a menores, de forma ocasional y como consecuencia de patologías crónicas o temporales de larga duración bajo la indicación escrita de un profesional capacitado, bien sea un pediatra, un médico de familia, un médico especializado u otro profesional con capacidad legal para prescribir. Para ello, se deben seguir los siguientes pasos:

- a) El interesado (padre, madre o tutor legal) habrá informado a la Dirección del centro de las particularidades propias de su necesidad, y la Dirección, a su vez, informará del procedimiento.
- b) El interesado presentará la **solicitud formal**, según modelo que figura en Anexo III, que se acompañará de la **prescripción médica y el consentimiento informado** (Anexo I ó II)
- c) El director valorará la solicitud, acompañada de la prescripción médica, teniendo en cuenta los medios y posibilidades existentes en el centro docente. Si el director considera que con los efectivos humanos y materiales disponibles, se puede realizar la prestación, determinará el procedimiento para la atención sanitaria no titulada, tras su **aceptación / autorización y comunicación al interesado** (verbal o por medio del Anexo IV), y pondrá en marcha dicha atención.
- d) Si la directora considera que la prescripción es de difícil realización en el entorno escolar, elevará la solicitud al Servicio Provincial para su resolución.

### **3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HORARIO LECTIVO Y DURANTE EL TIEMPO DE COMEDOR.**

De cada alumno habrá una **ficha individual para la administración de cada medicamento**, según Anexo VI. En el caso excepcional en que se deba dar más de un medicamento se cumplimentará una ficha para cada medicamento.

El centro mantendrá también un **libro de registro**, según Anexo V, de todos los alumnos que requieren administración de medicación u otros cuidados sanitarios menores. Este libro podrá ser informatizado, conservará los datos históricos y permitirá conocer con claridad los alumnos actuales necesitados de atención.

Para aquellos casos que lo requieran, se llevará un **control individual mensual de la administración del medicamento** según el modelo del Anexo VII.

La directora, una vez autorizada la administración del cuidado o medicamento, solicitará la colaboración para la administración del mismo al personal docente o no docente. Se procurará que esta administración no coincida en el tiempo con los periodos lectivos (durante las clases). Si alguno de los docentes presentara reticencias en el desarrollo de esta tarea, deberá manifestarlo ante la directora del centro, quién resolverá.

De la administración que se realice en el **horario del comedor** se encargará a un profesional del servicio de comedor escolar. Con el objeto de evitar errores, siempre que sea posible, la administración será apoyada por otro profesional de modo que uno realice el proceso y otro confirme que lo que se está realizando es correcto. Ambos profesionales firmarán la ficha de **control de administración del medicamento** según el modelo del Anexo IX.

Si la madre o el padre tienen autorización / excepción para no trabajar y atender al niño, es posible que este padre o madre se haga cargo directamente de la atención.

### **4. CUSTODIA DE MEDICAMENTOS**

La conservación y custodia de los medicamentos se ajustará las indicaciones establecidas en la prescripción médica. Se guardarán en un armario centralizado situado en una dependencia que no sea accesible a los alumnos. Todos los medicamentos deben estar en el envase y caja original y deben tener rotulado en ellas el nombre del alumno.

Las unidades de medicamento que se deben conservar deben ser las mínimas para poder dar esa atención.

Es deber de los familiares aportar la medicación con la frecuencia que se le indique y verificar que la misma está dentro de la fecha de caducidad.

**ANEXO I**  
**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**  
**EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)**

Al niño/a \_\_\_\_\_

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial del producto): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Dosis : \_\_\_\_\_
- Momento preferente para su administración: \_\_\_\_\_
- Procedimiento/vía para su administración: \_\_\_\_\_
- Duración del tratamiento (fecha finalización): \_\_\_\_\_

**Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otras observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facultativo que prescribe el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: \_\_\_\_\_

Fdo.: ..... N° Col: .....

<b>CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL</b>
--

D/Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI \_\_\_\_\_, en calidad de tutor/a legal del niño \_\_\_\_\_ indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración de dicha medicación en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En Zaragoza, a ..... de ..... de 20 ....

Fdo.:

Don / Doña ..... DNI .....

**ANEXO II**  
**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA DISPENSACIÓN DE CUIDADOS**  
**EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)**

Al niño/a \_\_\_\_\_

**Se le deben realizar los siguientes cuidados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otras observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facultativo que prescribe el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: \_\_\_\_\_

Fdo.: ..... Nº Col: .....

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

D/Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI \_\_\_\_\_,

en calidad de tutor/a legal del niño \_\_\_\_\_

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la dispensación de cuidados en tiempo escolar y da su consentimiento para la dispensación de dicho cuidado en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación la Directora del centro docente.

En Zaragoza, ..... de ..... de 20.....

Fdo.:

Don / Doña ..... DNI .....

**ANEXO III****SOLICITUD AL DIRECTOR DEL CENTRO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO U  
OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR**

<b>Centro Docente:</b>	<b>Localidad:</b>
<b>Solicitante:</b> (nombre y apellidos)	<b>NIF</b>
<b>Alumno:</b>	<b>Curso y grupo:</b>

D./Dña. \_\_\_\_\_  
con domicilio a efectos de notificación en \_\_\_\_\_  
localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

**SOLICITA**

A la Directora del Centro docente arriba indicado que arbitre los medios para proceder a la administración de la medicación / atención específica según la prescripción médica que se adjunta.

He recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir y señalo que estoy conforme con el procedimiento descrito y que he recibido información adecuada sobre las dudas que les he planteado por lo que presto mi consentimiento a la prescripción realizada por el facultativo de administrar medicación en horario escolar.

El abajo firmante se compromete a proporcionar la medicación que ha establecido el facultativo y a revisar periódicamente, en colaboración con la dirección del centro, que se encuentra en las condiciones adecuadas de conservación (límites de caducidad, características específicas de conservación)

Ha sido informado por el facultativo que firma la prescripción médica de todos los aspectos relativos a la dispensación de cuidados o administración de medicamentos en tiempo escolar y estoy de acuerdo que personal no titulado de dicho Centro educativo suministre la medicación mencionada a mi hijo.

Documentación que se aporta:

- Prescripción médica de la medicación o atención**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Fdo.:.....

**ANEXO IV**

**AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN U OTRA  
ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO**

D<sup>a</sup> Adoración Hernández González, directora del C.E.I.P. Cesáreo Alierta de la localidad de Zaragoza ,a la vista de la solicitud de \_\_\_\_\_ (fecha) aportada por D/Dña \_\_\_\_\_, padre, madre o tutor/a del alumno/a: \_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_, grupo \_\_\_\_

Teniendo en cuenta la documentación aportada por el interesado:

- Prescripción médica de la medicación o atención
- Solicitud
- \_\_\_\_\_

Considerando que la solicitud puede ser ejecutada con los efectivos humanos y materiales disponibles,

**RESUELVO,**

Autorizar, la prestación de la asistencia solicitada teniendo en cuenta que la misma se realizará según el protocolo establecido por el centro.

Esta prestación se realizará por el tiempo que se señala en la prescripción médica que según se señala es hasta el día \_\_\_\_\_.

El familiar solicitante se compromete a aportar el medicamento o el material que sea necesario para esta prestación.

En Zaragoza, a ..... de ..... de 201.....

LA DIRECTORA

Fdo.: Adoración Hernández

**ANEXO V****LIBRO DE REGISTRO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS U OTROS CUIDADOS**

Centro docente \_\_\_\_\_ Año académico: \_\_\_\_\_

Nº entrada	Fecha inicio	Apellidos	Nombre	Curso/ grupo	Atención dispensada	Vía de administración	Momento del día	Otras indicaciones	Fecha final



**ANEXO VI**

**FICHA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO**

Foto del alumno/a

Hoja \_\_ de \_\_

Nombre del alumno: .....

Curso y grupo del alumno: .....

Nombre del medicamento:

.....

El medicamento está almacenado en: .....

Administración: **Vía oral**

**Otra vía:** .....

Dosis : .....

Indicaciones sobre la administración: .....

.....

Hora de administración: .....

Jornada de mañana

comedor

Jornada de tarde

--	--	--

Profesional encargado de su dispensación

.....

LA MEDICACIÓN DEBE IR EN SU EMBALAJE ORIGINAL Y DEBE CONTENER EL NOMBRE DEL ALUMNO E INSTRUCCIONES CLARAS SOBRE SU DISPENSACIÓN.

- **Teléfonos de los padres:** ..... ..
- **Nombre del médico:**.....
- **Teléfono directo del médico:** .....
- **Nombre del padre o madre:** .....

Firma del padre o madre ..... Fecha.....

*En el caso excepcional de que se deba administrar más de un medicamento hay que cumplimentar una ficha para cada medicamento.*

**ANEXO VII  
CONTROL INDIVIDUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO (CUADRO MENSUAL)**

Nombre del alumno: ..... Curso y grupo del alumno: .....

Nombre del medicamento: ..... Administración: .....

Dosis: ..... Hora habitual de administración: .....

Profesional encargado de su dispensación: .....

Otras instrucciones adicionales de administración .....

**MES:** .....

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	Observaciones e Incidencias

**ANEXO VIII**

Hoja \_\_ de \_\_

**CONTROL INDIVIDUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO (LISTA COMEDOR)**

**Nombre del alumno:** ..... **Curso y grupo:** .....

**Nombre del medicamento:** ..... **Administración:** .....

**Dosis :** ..... **Hora de administración:** .....

**Profesional encargado de su dispensación:** .....

**Otras instrucciones adicionales de administración**.....

PROFESIONAL	DÍA	HORA	INCIDENCIAS / OBSERVACIONES

**ANEXO IX**  
**CONTROL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE EL PERIODO DE**  
**COMEDOR**

FECHA	ALUMNO	MEDICAMENTO /DOSIS	PROFESIONALES (firma)	