

## **MEDICACIÓN** (Firmada por el tutor legal y el líder del grupo)

D. \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_ representante legal de \_\_\_\_\_.

### **Manifiesta:**

1.- Que en fecha \_\_\_\_\_, el doctor \_\_\_\_\_, con número de colegiado \_\_\_\_\_ ha prescrito que se administre al menor la dosis \_\_\_\_\_ del medicamento llamado \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ horas. Se acredita con una copia testimoniada de la prescripción facultativa (receta médica, informe médico, orden médica, prescripción electrónica, protocolo de administración, entre otras).

2.- Que ha decidido administrar la anterior medicación eximiendo de cualquier responsabilidad al personal de la Delegación de Juventud del Arzobispado de Barcelona y a la propia Delegación.

3.- Que el niño/niña debe tomar la medicación recomendada por el médico y que, en caso de cualquier incidencia que pueda surgir por causa de la administración prescrita, el menor y sus representantes asumen la responsabilidad.

Solicita:

### **1- RESPONSABLE DEL GRUPO**

Que el responsable de su grupo \_\_\_\_\_ ha recibido el encargo del Secretariado Diocesano de Pastoral con Jóvenes del Arzobispado de Barcelona de administrar medicación al menor de edad.

Que ha recibido la fotocopia de la prescripción facultativa y todas las instrucciones oportunas y adecuadas para proceder a la correcta administración de la medicación. Así como dispone de un contacto, para comunicarse en supuestos de inconveniente, proporcionado por el representante legal, quien deberá dar respuesta oportuna.

El responsable se compromete a colaborar en la administración de la medicación al menor, dentro de los límites de su capacidad y conocimientos. Esto incluye obtener la autorización legal necesaria, conocer la medicación prescrita en la medida de lo posible, garantizar su almacenamiento seguro y seguir las indicaciones proporcionadas por el personal médico. Asimismo, el responsable se compromete a comunicar cualquier preocupación o cambio en la condición del menor a los representantes legales.

### **2- PERSONAL MÉDICO**

(Solo firmar en caso de necesitar la firma de un médico)

Que el personal del centro administre la medicación prescrita por el doctor \_\_\_\_\_ consistente en \_\_\_\_\_ a administrar cada \_\_\_\_\_ horas en sustitución y por orden del representante legal del menor.

Firma del responsable del grupo.

Fecha:

Firma del tutor legal.

Fecha: