

**Para la administración de medicación para enfermedades se deberá completar este formulario.**

**a) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENOS**

**Enfermedad crónica:**

*Casos de alergias, epilepsia, diabetes, asma, etc.*

Los padres deben entregar informe médico y protocolo de actuación.

**Enfermedades agudas:**

*Niños que necesiten durante un corto periodo de tiempo tomar medicación la cual estará prescrita por su médico.*

**Los medicamentos deben venir en su embalaje original y junto a ellos se deberá indicar:**

- Nombre y apellidos
- Dosis y hora de tomar
- Duración del tratamiento
- Receta/prescripción médica

De no ser así, no se le administrará la medicación.

**Enfermedad común durante la jornada**

Casos de vómitos, diarreas, procesos gripales, catarrales, fiebre, dolor abdominal, etc.

Serán valorados inicialmente por el médico. En caso de no haber mejoría se avisará a la familia para venir a recogerlo y para que si necesitan cuidados médicos pidan cita sin demorarse.

Otros casos leves: Dolores menstruales, cefaleas, dolores leves o molestias persistentes. Si el alumno está autorizado, se le dará medicación autorizada en este documento.

**b) PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A ACCIDENTES**

**Leve:**

Pequeños accidentes, rozaduras, heridas que no precisen sutura, pequeños golpes, chichones, rasguños, etc. Serán atendidos en la escuela o el hotel.

Si la evolución de un accidente leve no es favorable (por ejemplo heridas o quemaduras que se infecten y precisen tratamiento antibiótico) se contactará con los padres y se continuará el tratamiento que nos indique el servicio medico de Oliva.

**Moderados:**

Requieren valoración médica pero admiten cierta demora, tales como heridas que necesiten sutura, golpes, esguinces o traumatismo que requieran pruebas radiológicas.

Se realizarán los primeros cuidados en la escuela o el hotel y se avisará a los padres para trasladarlo al centro sanitario que cubra el seguro o al de su elección. En caso de no localizar a los padres, el personal de Oliva Surf lo trasladará al centro sanitario del seguro escolar.

**Graves:**

Emergencia vital que requiere atención médica sin demora, parada cardiorrespiratoria, crisis asmáticas severas, reacciones alérgicas graves, fracturas abiertas, etc.

112 para que envíen una ambulancia.

Se prestarán primeros auxilios.

Se avisará a los padres informarles de lo ocurrido. En todo momento se acompañará al alumno.

**Datos del alumno/a:**

Nombre	Apellido	
Fecha Nacimiento	Peso	Altura

**Alergias:**

	Si	No	Observaciones/Tratamiento
Medicamentos			
Alimentarias			
Respiratorias			
Tópica/Cutánea			
Picaduras insectos			
Otras			

**Enfermedades actuales:**

	Si	No	Observaciones/ Tratamiento
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Cardiovasculares			
Digestivas			
Músculo-esqueléticas			
Cutáneas			
Otras			

¿Requiere algún tipo de dieta especial? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problemas / trastornos:**

	Si	No	Observaciones / Tratamiento
Visuales			
Auditivos			
Motrices			
Neurológicos			
Otros			

**Autorizo** al monitor/a a administrar en momentos puntuales medicamentos tales como:

Orales en jarabe

- Dalsy
- Apiretal
- Antihistamínico

Tópicos / pomadas

- Antihistamínica para picaduras
- Analgésica
- Antiinflamatoria

Orales en grajea / granulado

- Ibuprofeno
- Paracetamol
- Antihistamínico

Inhalados

- Salbutamol

Del mismo modo, doy mi consentimiento para que se administre cualquier otra medicación a lo largo del campamento.

- **Receta / prescripción médica**
- Envase original
- Nombre y apellidos del alumno
- Hora de administración
- Dosis
- Duración del tratamiento

**Para justificar este cuestionario adjuntar los informes médicos pertinentes**

La información médica de los alumnos se mantendrá confidencial en la mayoría de los casos independientemente de la edad de los mismos. Sin embargo, puede haber excepciones y los datos relevantes pueden ser comunicados al resto de los trabajadores del campamento, cuando la enfermera considere oportuno, por el interés médico del alumno y para que este sea atendido a diario de la mejor manera posible.

**Padre (o tutor) del alumno/a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

**Madre (o tutora) del alumno/a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_