

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
Y EXCESIÓN DE RESPONSABILIDAD**

YO, Don/doña \_\_\_\_\_ CON DNI \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor del alumno/a \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

**Solicito y Autorizo** al equipo de monitoras del comedor del colegio \_\_\_\_\_, a administrar a mi hijo/a los medicamentos que entrego y especifico más abajo, y que están prescritos en la receta médica que presento junto a esta autorización, para facilitar a SERCLYM el cotejo y la veracidad del protocolo de administración que a continuación detallo (solo se administrará medicación pautaada por orden médica) en cantidad y horario que a continuación reitero) y desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_:

Medicamento/s NOMBRE			
LABORATORIO			
Nº LOTE			
DOSIS			
HORA			

## Información y normas:

1. Solo se suministrará medicación prescrita por un médico o facultativo sanitario.
2. Preferiblemente no se aceptará ni custodiará documentos médicos (recetas, informes), sino que se exige que los padres o tutores transcriban las indicaciones médicas en esta autorización. Si deben mostrar siempre, a la entrega de la autorización, el documento médico que evidencia la veracidad de los datos.
3. Solo se aceptarán las cajas originales del medicamento y blisters del mismo lote que la caja. En caso de suministrar una caja con más dosis de las prescritas, se devolverá a los padres/tutores la caja una vez acabado el tratamiento con todo el medicamento sobrante.

*En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que todos los datos proporcionados sobre salud, medicamentos, así como cualquier otro documento o información del que permita inferirse el estado de salud del alumno, pasarán a formar parte de SERCLYM S.L. como Responsable del Tratamiento y serán tratados exclusivamente con la finalidad de ejecutar el protocolos de administración. Los datos serán conservados durante el periodo de tratamiento, procediendo a su destrucción o borrado cuando éste finalice. La base de legitimación para el tratamiento de los datos de salud del alumno es el consentimiento expreso y por escrito del padre, madre o tutor, como representante legal, para la ejecución de la prestación del servicio y el interés vital del alumno. SERCLYM S.L. informa que no cederá los datos de salud de los alumnos a terceras partes, a menos que medie su consentimiento expreso. SERCLYM S.L. ha adoptado medidas de seguridad apropiadas para garantizar la confidencialidad de los datos y velar porque sólo las personas autorizadas tengan acceso y/o puedan tratar los mismos. En cualquier momento, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de los datos, enviando un escrito acompañado de una fotocopia del DNI del padre, madre o tutor y del DNI del alumno, o cualquier otro documento identificativo equivalente, a la dirección postal C/Orense nº12, 28020, Madrid o al correo electrónico [facturacion@serclym.es](mailto:facturacion@serclym.es). Si algún padre, madre o tutor considerase que los datos no son tratados correctamente por SERCLYM S.L. o que las solicitudes de ejercicio de derechos no han sido atendidas correctamente, tiene el derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de protección de datos que corresponda, siendo la Agencia Española de Protección de Datos la indicada en el territorio nacional, [www.agpd.es](http://www.agpd.es).*

*Para que conste, declaro haber entendido la información facilitada y consiento de forma expresa y por escrito el tratamiento que se efectuará de los datos de salud del alumno.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Firma