

### 3. PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.

#### Objetivo:

Regular la administración de medicamentos en el establecimiento educacional a estudiantes que poseen prescripción médica formal y cuya indicación exija cumplimiento irrestricto durante la respectiva jornada escolar.

#### Protocolo:

Ante la necesidad de que el establecimiento educacional administre medicamentos a sus estudiantes, los/as apoderados/as interesados deben gestionar dicha acción de manera obligatoria cumpliendo los siguientes pasos:

1. Solicitar de manera presencial en el establecimiento la “**Ficha para administración de medicamentos en el establecimiento educacional**”. Este documento se solicita directamente en Inspectoría.

2. Completar la ficha con los siguientes datos:

- Nombre del / de la alumno/a.
- Curso.
- Motivo de la medicación.
- Nombre del medicamento.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Lapso de tiempo para la administración.
- Horario.

\* La ficha debe ser presentada adjuntando la prescripción médica certificada por el especialista, aludiendo explícitamente a la información que se indica en el paso n°2 y debe estar individualizada para el/la estudiante.

3. Firmar documento que autoriza a un funcionario del establecimiento educacional a administrar dicho medicamento, exclusivamente en las condiciones que impone la prescripción médica, eximiendo al funcionario que los administre de toda responsabilidad en cuanto a dichas condiciones.

4. Entregar en Inspectoría la documentación solicitada y el medicamento debidamente individualizado (indicando nombre y curso), en su respectiva caja o sobre que entrega el Hospital, CESFAM, u otro; rotulado con el nombre del alumno/a, dosis y horario.

#### Consideraciones:

- Ante la no presentación de toda la documentación solicitada, el establecimiento educacional no se responsabiliza por la administración del respectivo medicamento.

- La administración del medicamento se ejecuta exclusivamente en dependencias de “inspectoría”, lugar en el que se encontrará de forma permanente el mismo, debidamente individualizado.

- Será responsabilidad del funcionario del establecimiento educacional que administre el medicamento, informar vía agenda o telefónicamente al / a la apoderado/a sobre el término del mismo, en el caso exclusivo de que no existan más dosis disponibles según el lapso de tiempo que se requiere para su administración, declarado en la **“Ficha para administración de medicamentos en el establecimiento educacional”**. En el caso de que el/la apoderado/a haya sido notificado/a por el funcionario, sin embargo, no se provean más dosis para dar continuidad a la administración del medicamento, entonces, desde ese momento, el establecimiento no se responsabiliza de regular el control del respectivo tratamiento.
- El presente protocolo regula toda administración de medicamentos dentro del establecimiento educacional, declarada mediante el conducto regular que se precisa en este mismo, por lo tanto, toda dificultad generada por prácticas de automedicación, avaladas o no por el/la apoderado/a y en desconocimiento de los funcionarios del establecimiento educacional, no constituye una responsabilidad de este último.
- En el caso de que un funcionario del establecimiento constate que un/una estudiante administra su medicamento, sin haber realizado la gestión que impone este protocolo, este tiene la obligación de tomar registro del hecho en el libro de vida del estudiante y comunicarse inmediatamente con el/la apoderado/a para verificar la situación e informar de lo que el presente protocolo dispone ante estos eventos.
- En el caso de que los/las estudiantes de enseñanza media, en uso de sus facultades, administren sus propios medicamentos, siendo estos de tipo genérico (paracetamol, ibuprofeno, entre otros), deben informar en “inspectoría” que los están haciendo e indicar los motivos, en virtud de evaluar su pertinencia, ya sea en base al conocimiento general sobre ello o a la directa consulta al / a la apoderado/a.

**FICHA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del / de la alumno/a</b>            |  |
| <b>Curso</b>                                  |  |
| <b>Motivo de la medicación</b>                |  |
| <b>Nombre del medicamento</b>                 |  |
| <b>Dosis</b>                                  |  |
| <b>Vía de administración</b>                  |  |
| <b>Lapso de tiempo para la administración</b> |  |
| <b>Horario</b>                                |  |

NOMBRE DEL / DE LA APODERADO/A: \_\_\_\_\_.

RUT: \_\_\_\_\_.

FECHA: \_\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_.

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

Yo \_\_\_\_\_, apoderado/a del / de la alumno/a \_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_, en el cargo de \_\_\_\_\_, para administrar el medicamento al estudiante bajo las condiciones que constan en el respectivo certificado médico. Dejo constancia de que el certificado fue emitido por el/la especialista \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_\_, y tiene vigencia hasta el día \_\_\_\_\_. Mediante esta autorización eximo completamente al funcionario del establecimiento educacional de toda responsabilidad asociada a las condiciones de administración del medicamento.

---

NOMBRE DEL / DE LA APODERADO/A: \_\_\_\_\_.

RUT: \_\_\_\_\_.

FECHA: \_\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_.