

COMUNICACIÓ DE MALALTIES I AL·LÈRGIES

El/La Sr./Sra , amb DNI com a representant legal de
..... ,

DECLARA

☐ Que en/na..... NO TÉ CAP AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA, NI MALALTIA
CONEGUDA

☐ 1.- Que en data....., el doctor....., amb nº col·legiat..... ha diagnosticat la següent
al·lèrgia/intolerància/malaltia al/la meu/va fill/a:.....

2.- Que acredita la diagnosi amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

3.- Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na.....,
cal prendre les següents precaucions: (poseu-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge)

.....
.....
.....

4.- Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del
medicament , d'acord amb el contingut de la copia testimoniada de la prescripció i el protocol
d'actuació que acompanyem amb la present Instància i, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per
causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

DEMANA:

- Que en cas d'emergència, es procedeixi com ha previst el metge. En cas imprevist, es posi al/la meu/va fill/a a disposició del personal sanitari més proper o amb el més efectiu per a rebre instruccions.
- Que pregui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent perjudicial.
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lèrgic, o d'emergència, administreu la medicació prescrita pel doctor..... consistent en..... a administrar
- Que, en qualsevol cas, se m'informi de les incidències i de les mesures aplicades tan bon punt sigui possible.

A el dia ... dede

Sgt. Representant legal.