



SUNNYLAND SCHOOL SAN FELIPE

Protocolo Administración de Fármacos

Con el objetivo de resguardar el bienestar y la seguridad de los y las estudiantes, la institución establece el siguiente protocolo que regula la administración de fármacos durante la jornada escolar, definiendo condiciones, responsabilidades y procedimientos.

¿Qué medicamentos?

Se considerarán exclusivamente aquellos medicamentos indicados mediante prescripción médica, asociados a tratamientos de salud mental y/o enfermedades crónicas, cuya administración deba realizarse durante la jornada escolar y requiera la supervisión de un adulto.

¿A quiénes está dirigido?

A estudiantes cuyos apoderados o adultos responsables informen, mediante entrevista previa con el equipo de convivencia escolar, que se encuentran en tratamiento farmacológico vigente y que requieren administración dentro del horario escolar.

¿Cuál será el procedimiento?

1) Completación Solicitud

1. El apoderado deberá completar la "Solicitud para administración de fármacos" (ver anexo 1).
2. Deberá adjuntar prescripción médica vigente que detalle:
 - a. Nombre y RUT del paciente
 - b. Nombre y RUT del médico tratante
 - c. Nombre del medicamento
 - d. Dosis
 - e. Vía de administración
 - f. Horarios y frecuencia
 - g. Periodo de administración
 - h. Condiciones de almacenamiento
3. Una vez recepcionados los antecedentes, la institución elaborará un acta de compromiso, firmada por el apoderado, en la cual se establecerán responsabilidades y, cuando corresponda, la co-responsabilidad del estudiante según su grado de autonomía.
4. Declaración de tratamientos autoadministrados:

El apoderado deberá informar obligatoriamente si el estudiante porta y/o se administra medicamentos de forma autónoma durante la jornada escolar (por ejemplo: inhaladores, insulina, ansiolíticos u otros). Esta información deberá quedar registrada en la solicitud, adjuntando respaldo médico cuando corresponda, con el fin de resguardar la seguridad del estudiante y permitir la adecuada supervisión por parte del establecimiento



SUNNYLAND SCHOOL SAN FELIPE

2) Administración

1. El apoderado deberá enviar semanalmente los medicamentos en un sobre cerrado, debidamente rotulado, que contenga las dosis exactas requeridas (idealmente en pastillero).
2. El sobre deberá ser entregado directamente a la persona designada como responsable de la administración.
3. El responsable verificará que las dosis coincidan con la prescripción médica y registrará la recepción mediante firma del apoderado.
4. La administración del medicamento será realizada por el adulto previamente designado, evitando delegar esta función en estudiantes.
5. Toda administración deberá quedar registrada en un control interno (bitácora).

3) Registro de administración (Bitácora): Toda administración de medicamentos deberá quedar registrada en una bitácora oficial del establecimiento, la cual deberá contener:

- Nombre del estudiante
- Nombre del medicamento
- Dosis administrada
- Fecha y hora de administración
- Nombre y firma de quien administra
- Observaciones (rechazo, malestar u otra situación relevante)

Este registro permitirá dar trazabilidad y respaldo al procedimiento realizado.

Procedimiento en caso de olvido de dosis

En caso de que el estudiante no cuente con su medicamento o este no haya sido enviado por el apoderado:

- El establecimiento no podrá administrar dosis alternativas ni suplir el medicamento.
- Se informará al apoderado a la brevedad.
- Se dejará registro de la situación en la bitácora correspondiente.

Procedimiento ante rechazo del estudiante

Si el estudiante se niega a ingerir el medicamento:

- No se le forzará a su administración.
- Se informará inmediatamente al apoderado.
- Se dejará registro en la bitácora, indicando las circunstancias del rechazo.



SUNNYLAND SCHOOL SAN FELIPE

- Se podrán generar acuerdos con el apoderado para abordar futuras situaciones similares.

Condiciones de almacenamiento

- En caso de medicamentos que requieran refrigeración, esto deberá ser informado por el apoderado para que puedan ser almacenados en un espacio exclusivo y debidamente identificado.
- No se almacenarán medicamentos vencidos o sin rotulación clara.

Consideraciones importantes

- El establecimiento no administrará medicamentos sin prescripción médica vigente ni sin autorización formal del apoderado.
- La función del establecimiento es de apoyo y resguardo, no sustituyendo indicaciones ni funciones del ámbito de la salud.
- Ante cualquier reacción adversa, el establecimiento activará protocolos de salud y comunicará inmediatamente al apoderado.
- El establecimiento y su equipo no serán responsables de efectos secundarios derivados del tratamiento médico indicado, siendo estos de exclusiva responsabilidad del profesional tratante y del apoderado, sin perjuicio del deber del establecimiento de actuar oportunamente frente a cualquier situación de emergencia.



SUNNYLAND SCHOOL SAN FELIPE

Anexo 1

Solicitud para la Administración de Medicamentos

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

- Nombre completo: _____
- RUT: _____
- Curso: _____

2. DATOS DEL APODERADO

- Nombre completo: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

3. INFORMACIÓN MÉDICA

- Diagnóstico (opcional): _____
-

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

- Nombre completo: _____
- RUT: _____
- Teléfono (opcional): _____

5. MEDICAMENTO

- Nombre del medicamento: _____
- Dosis: _____
- Vía de administración: _____
- Horario(s): _____
- Frecuencia: _____
- Periodo de tratamiento: _____
- Condiciones de almacenamiento: _____

6. PERSONA RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACIÓN

(Designada por el establecimiento)



SUNNYLAND SCHOOL SAN FELIPE

7. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Declaro que la información entregada es fidedigna y autorizo al establecimiento a administrar el medicamento indicado según prescripción médica adjunta.

Firma apoderado: _____

Fecha: _____

8. DECLARACIÓN DE MEDICAMENTOS AUTOadministrados

¿El estudiante porta o se administra medicamentos de forma autónoma?

Sí No

En caso afirmativo, indicar:

- Medicamento: _____
- Frecuencia/uso: _____

Declaro haber informado al establecimiento sobre el uso autónomo de este medicamento.

Firma apoderado: _____

USO INTERNO DEL ESTABLECIMIENTO

Documentación completa

Prescripción médica vigente

Observaciones:

Nombre y Firma responsable recepción solicitud:

Fecha: _____

Nombre y Firma responsable administración medicamento

Fecha: _____