



DECLARACIÓ DIAGNOSTIC MALALTIA

En/Na, amb DNI
com a representant parental de.....,

DECLARA

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

2.- Que acredita la diagnosi amb **una còpia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa** i/o certificat mèdic.

3.- Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut del nen/a, 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 còpia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present instància.

DEMANA

En cas d'al·lèrgia:

- Que es prenguin les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lergogen .
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lergogen, administreu la medicació
prescrita pel doctor que consisteix a administrar (especificar la dosi)

En tots els casos:

- En cas que es presenti cap complicació no prevista, aviseu/truqueu a i amb la màxima urgència, poseu el nen/a a disposició del facultatiu i/o personal sanitari més proper .

A el dia dede

El representant legal.