

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR

Nombre de padre, madre o tutor:

DNI:

Nombre del Alumno:

Curso Escolar:

Solicito y autorizo al personal de Enfermería del colegio para administrar la medicación que a continuación se detalla, según prescripción médica:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN			
DOSIS			
VIA DE ADMINISTRACIÓN (oral, tópica...)			
HORA DE ADMINISTRACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO			
FECHA DE FINALIZACIÓN			
PATOLOGÍA			

Otras observaciones a tener en cuenta:

DOCUMENTACION Y MEDICACION ADJUNTA:

- Informe médico o receta médica
- Medicación en su envase original

Firma:

Fecha:

**La autorización para administrar medicamentos, deberá ser enviada con antelación suficiente y antes de las 10:00 h de la mañana, entregada en mano a la enfermera o al tutor correspondiente, junto a la medicación a administrar. En caso de comunicación vía electrónica, se deberá verificar su recepción y lectura.