



## 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:

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

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.