

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PUNTUAL

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR	
DNI	
NOMBRE DEL ALUMNO	
CURSO ESCOLAR	

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

NOMBRE DE MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA Oral, inhalada,...	HORA

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE FINALIZACIÓN	
TOTAL DÍAS DE TRATAMIENTO	
PATOLOGÍA	

DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Informe médico <input type="checkbox"/> Receta médica <input type="checkbox"/> Prescripción (médico privado) <input type="checkbox"/> Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento <input type="checkbox"/> Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a casa

Fdo. Padre:

Fdo. Madre:

En Alcalá de Henares, a __ de _____ de 201__