

Autorización para administrar medicamentos a alumnos de esta etapa

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS (enfermedad común)

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:					
NOMBRE:					
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD	

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:				
NOMBRE:		DNI:		
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:	

E X P O N E

Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____. Se adjunta receta o informe médico.

Segundo.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento _____, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

D/Doña. _____ en mi calidad de padre / madre / tutor/a del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

Asimismo, por la presente eximo al centro de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma Padre/Madre/Tutor/a:

D/Doña. _____