



Comunidad de Madrid

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ENTREGA DE LA MEDICACIÓN EN SECRETARÍA

D./D^a.....DNI.....padre, madre o tutor/a del
ALUMNO/Adel curso **AUTORIZA**
a la DUE del Centro a que administre por prescripción médica (ADJUNTAR RECETA/INFORME
MÉDICO SI ES POSIBLE) el/ los siguientes medicamentos:

MEDICAMENTO 1.-(Nombre del medicamento):
-Dosis ml/mg. -Conservación del medicamento:
-Peso actualizado del menor: kg
-Prescripción: -Cadahoras; -Última dosis administrada a las horas;
 -Iniciando la administración en el centro a las horas;
 -Duración del tratamiento:

RECOGIDA DEL MEDICAMENTO:

A las 14:00 A las 16:00 Permanecerá en el Centro los días de tratamiento

Las Rozas, de de 20

Firma del padre, madre o tutor

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ENTREGA DE LA MEDICACIÓN EN SECRETARÍA

D./D^a.....DNI.....padre, madre o tutor/a del
ALUMNO/Adel curso **AUTORIZA**
a la DUE del Centro a que administre por prescripción médica (ADJUNTAR RECETA/INFORME
MÉDICO SI ES POSIBLE) el/ los siguientes medicamentos:

MEDICAMENTO 2.-(Nombre del medicamento):
-Dosis ml/mg. -Conservación del medicamento:
-Peso actualizado del menor: kg
-Prescripción: -Cadahoras; -Última dosis administrada a las horas;
 -Iniciando la administración en el centro a las horas;
 -Duración del tratamiento:

RECOGIDA DEL MEDICAMENTO:

A las 14:00 A las 16:00 Permanecerá en el Centro los días de tratamiento

Las Rozas, de de 20

Firma del padre, madre o tutor