# AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

## CURSO 202… / 202…

**ENTREGA DE LA MEDICACIÓN EN SECRETARÍA**

D./Dª……DNI…….,padre, madre o tutor/a y

D./Dª……DNI…….,padre, madre o tutor/a del

**ALUMNO/A.....** del curso .....**AUTORIZA** al Servicio 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: -Cada ……horas; -Última dosis administrada a las.....horas;

-Iniciando la administración en el centro a las ..... horas;

-Duración del tratamiento: ……

**RECOGIDA DEL MEDICAMENTO:**

A las 12:30 ☐ A las 16:00 ☐ Permanecerá en el Centro los días de tratamiento ☐

**MEDICAMENTO 2**.-(Nombre del medicamento): …….

-Dosis ……..… ml/mg. -Conservación del medicamento: ..……

-Peso actualizado del menor:.....kg

-Prescripción: -Cada ……horas; -Última dosis administrada a las.....horas;

-Iniciando la administración en el centro a las ..... horas;

-Duración del tratamiento: ……

**RECOGIDA DEL MEDICAMENTO:**

A las 12:30 ☐ A las 16:00 ☐ Permanecerá en el Centro los días de tratamiento ☐

Las Rozas, ….. de …….…… …de 20 ……..

**Firma del padre, madre o tutor (ambos)** **Firma del padre, madre o tutor (ambos)**