

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTO

| | |
|------------------------------------|--------|
| Nombre de la madre, padre o tutor: | |
| | |
| DNI: | |
| Nombre del alumno: | |
| | |
| Curso: | Grupo: |

Solicito y autorizo al personal del IES Europa para administrar el medicamento descrito a continuación. Asimismo, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al IES Europa y a su personal de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de la medicación al alumno.

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS | VIA (Oral, inyectable, etc.) | Hora |
|------------------------|-------|------------------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | |
|--------------------------|--|
| FECHA DE INICIO | |
| FECHA DE FINALIZACIÓN | |
| PATOLOGÍA | |

Fecha:

Nombre y apellidos del firmante:

DNI:

Firma: