



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO

D./Dña. con DNI

en calidad de madre padre tutor del alumno:

NOMBRE APELLIDOS
CURSO

TELF. 1 TELF.2

SOLICITO Y AUTORIZO al personal de Enfermería de ANTAVILLA SCHOOL para administrar la medicación que a continuación se detalla, entendiendo que el centro actuará con diligencia, cuidado y custodia de la medicación:

MEDICAMENTO	<input type="text"/>		
DOSIS	HORA	FECHA AVISO	<input type="text"/>
VÍA	ORAL <input type="checkbox"/>	INHALADOR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	RECTAL <input type="checkbox"/>	TÓPICA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	INYECTABLE <input type="checkbox"/>	GOTAS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DIAS DE TRATAMIENTO	<input type="text"/>	FECHA INICIO	<input type="text"/>
		FECHAFIN	<input type="text"/>

IMPORTANTE: Enviar esta autorización antes de las 10,00 h de la mañana al Departamento de Enfermería por plataforma o entregar en mano al enfermero, tutor o secretaria con la medicación pautada.

Y para que así conste, firmo este documento con fecha

Firmado