

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTO

Por medio de la presente y debido a la necesidad de administrar a nuestro hijo (a) una dosis de la medicación prescrita por su médico en horario escolar, solicitamos la ayuda del personal del colegio Sagrada Familia para administrar dosis correspondiente del medicamento que a continuación se señala y en el horario indicado.

Nombre Alumno: _____

Nombre Medicamento: _____

Dosis: _____

Hora Medicamento: _____

Personal encargado administración: _____

Apoderado adjunta orden medica:

Si

No

Nombre del apoderado: _____

Fecha: _____

Firma: _____