



Centro de Educación

Colegio Concertado



PROTOCOLO SOBRE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Centro Educativo: _____

Localidad: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre Padre/madre: _____

Teléfonos contacto: _____

Enfermedad del niño/a: _____

Nombre del medicamento: _____

Forma de administración: _____

Dosis: _____

Horario de administración: _____

Duración del tratamiento: _____

Se adjunta fotocopia receta médica: _____

Don/Dña. _____

con DNI _____ autoriza al personal educativo del Centro Educativo

arriba citado, a que administre a mi hijo/a _____

el medicamento en la forma y durante el periodo que dura el tratamiento arriba

especificados según receta adjunta, bajo mi entera responsabilidad.

Fecha: _____

Firma del padre/madre o representante legal