

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y TRASLADOS A CENTRO HOSPITALARIO

Nombre del Padre/Madre/Tutor1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZO A QUE ADMINISTREN A MI HIJO/A (nombre y apellidos del alumno/a):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN ANALGÉSICA/ANTITÉRMICA EN CASO DE NECESIDAD**

**MEDICACIÓN DE URGENCIA** (reacción alérgica, crisis asmática, etc.), LA QUE PRECISARA (en este caso, se llamará al padre, madre o tutor)

**MEDICACIÓN PRESCRITA POR SU PEDIATRA** para lo cual es imprescindible acompañarlo de la receta médica y aportar el medicamento en su envase donde se indicará claramente el nombre, apellido, curso del alumno y dosis.

TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO EN CASO DE URGENCIA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma padre/madre/tutor1 Firma padre/madre/tutor2