



## PROTOCOLO SOBRE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN

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