

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN EL CENTRO

D./D^a _____

con D.N.I. _____, como padre/madre o tutor/a del alumno/a

_____, del curso _____

comunica a la Dirección del Centro la necesidad de administración del medicamento, adjuntando el Informe y la receta médica en la que se indique el nombre del fármaco, la dosis, horario y duración del tratamiento.

↳ Para administrar en el colegio:

Fármaco: _____

Dosis: _____

Horario de administración: _____

Duración del tratamiento: _____

A través del siguiente consentimiento **AUTORIZO** a administrar el medicamento antes indicado, quedando el centro y los profesionales que se lo suministren exentos de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha situación.

Madrid, a _____ de _____ de 20 ____

Firma del padre, madre o tutor/a.

Firma del padre, madre o tutor/a.

Fdo: _____

Fdo: _____