

COLEGIO PARROQUIAL LA INMACULADA. PAIPORTA

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Por favor llene esta planilla sólo en el caso de que el medicamento deba ser suministrado durante el horario escolar.

Nombre del alumno/a:

Tutor/a: _____ **Curso:** _____

Ruego se le administre a mi hijo/a la medicina, de acuerdo con las indicaciones descritas a continuación.

Entiendo que:

- La medicinas **deben** estar en el envase **original** con su respectivas etiquetas (no se aceptarán en bolsas, papel aluminio, etc.)
- Los padres/representantes deben dar instrucciones específicas al tutor/a o personal del comedor, de igual forma deben facilitar cualquier otro equipo que sea necesario para suministrarla.
- Es responsabilidad de los padres de administrar el medicamento siempre que sea posible.
- Presentar la prescripción médica.
- Es responsabilidad de los padres/representantes informar a la escuela acerca de algún cambio en la administración de la medicina. Nuevos medicamentos ó nuevas dosis del mismo medicamento **no serán suministradas** a menos que una nueva planilla sea llenada.
- Los medicamentos que no se usen serán desechados a menos que éstos sean reclamados por usted dentro de una semana después de haber finalizado el tratamiento.
- El personal del colegio no asume ninguna responsabilidad por la supervisión ó asistencia en la administración del medicamento.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:

DOSIS Y HORA EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO: _____

DIA EN QUE DEBE PARAR DE TOMAR EL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

Yo libero de responsabilidad al Colegio y a cualquier empleado por la administración de este medicamento.

Firma del Padre/ madre ó Representante Legal Fecha