

**Colegio Corazón de María**  
**Gijón**  
**Dirección de General**



## **SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Nombre y apellidos del niñ@: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis que se le ha de administrar: \_\_\_\_\_

Hora exacta de las tomas: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal que **AUTORIZA LA ADMINISTRACIÓN**  
del medicamento y se **RESPONSABILIZA** de ello:

\_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Gijón, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

### **A CUBRIR POR LOS TUTOR@S**

Nombre del tut@r: \_\_\_\_\_

¿Aporta el medicamento donde conste la identificación del niñ@? SI / NO

¿Aporta justificante médico? SI / NO

El justificante médico explica:

- Los motivos que dan lugar a la administración: SI / NO
- La duración del tratamiento: SI / NO
- El nombre de la medicación a administrar: SI / NO
- La dosis a administrar: SI / NO
- El tiempo de administración de la medicación: SI / NO

**LA OMISIÓN EN EL JUSTIFICANTE MÉDICO DE ALGUNO DE LOS DATOS ANTERIORMENTE DESCRITOS DARÁ LUGAR A LA NO ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO EN LA ESCUELA**