



Autorización para administrar medicamentos

Yo Dña/D. _____

con DNI _____ como madre/padre/tutor de:

Nombre alumna/o _____

Curso _____

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautadas POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto me comprometo a facilitar a la persona designada con suficiente antelación:

1. Informe médico o copia de la receta . Que indique claramente el:

Nombre del medicamento :

Dosis:

Hora a la que debe tomarlo, _____ (1ª toma) _____ (2ª toma)

Duración del tratamiento (fecha fin o última toma):

Nombre del medicamento :

Dosis:

Hora a la que debe tomarlo, _____ (1ª toma) _____ (2ª toma)

Duración del tratamiento (fecha fin o última toma):

2. Medicación en su envase original, preparada en una bolsa a parte del equipaje en correctas condiciones de conservación. .

Firma: Fecha:.....

Dicha autorización, la correspondiente medicación y el informe médico (copia de la receta) será entregada al monitor/coordinador de la actividad que se encuentre en su autobús. Todo lo anterior estará preparado en una bolsa aparte del equipaje.

Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero con el objeto de prestar a su hijo/a asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificarla o cancelarla, dirigiéndose a daur@daur.es.

1 No se recibirá medicamento alguno directamente de manos de los niños/as, éstos deben ser entregados en correctas condiciones por y a personal adulto o el responsable designado. Deberá venir indicado: dosis diarias, fecha de inicio y de fin del tratamiento.