



Autorización para dispensación de medicamentos

Nombre del alumno:

Curso:

Patología:

Nombre del medicamento:

Ruta de administración (oral, inyectable, etc.):

Dosis:

Hora a la que debe administrarse:

Período de administración (fecha):Desde:

hasta:

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio Máyex. Asimismo, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al Colegio Máyex de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Fecha:

Nombre y apellidos del firmante:

DNI:

Firma: