

COLEGIO 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**