AUTORIZACIÓN PARENTAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

El personal del centro no administrará medicinas al alumnado sin la cumplimentación de este cuestionario y, en cualquier caso, se regirá por lo dispuesto en la School medicine policy, disponible en la página web.

Nombre del alumno/a:_____Curso:_____

Fecha de nacimiento: _____

Condición médica	
Nombre y tipo de medicina (tal y como se describe en el prospecto)	
Fecha de expiración	
Dosis y forma de administración	
Frecuencia/posología	
Precauciones adicionales / especiales	
Efectos secundarios que el centro deba conocer	
Auto administración por parte del alumnado	☐ NO ☐ SI
Proceso a seguir en caso de emergencia	
Fecha de entrega de la medicación en la secretaría del centro	…..… de …….. de 20…..

La información proporcionada es correcta en el momento de la firma y doy mi consentimiento al centro y su personal para administrar dicha medicación según lo dispuesto en su política de medicación. También me comprometo a modificar dicha información por escrito en el momento que hay algún cambio en la dosis, frecuencia o interrupción de la misma.

Fdo.: …….. En Londres a_____de_____de 20__

317 Portobello Road
LONDON W10 5SZ
Tel: 020-8969 2664
Fax: 020-8968 9432
canada.blanch.uk@educacion.gob.es
http://vicentecanadablanch.educalab.es/