

Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura.

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN AL NIÑO/NIÑA EN ESCUELAS INFANTILES Y CENTROS ESCOLARES

Yo, D./Dña.

(Escribir nombre completo)

Padre/madre/tutor/tutora (tachar las que no procedan) del niño/niña:

(Escribir nombre completo)

SOLICITO a la escuela infantil o centro escolar:

(Escribir nombre)

Que se le administre el medicamento:

(Escribir nombre completo, incluyendo presentación: comprimidos, cápsulas, sobres, solución)

A la dosis (escribir la dosis precisa):

Duración: Desde el día:

Hasta el día:

A la siguiente hora (escribir la hora u horas a las que indica se administre):

Relación con las comidas (marcar con X):

Antes

Durante

Después

Como firmante de la presente solicitud asumo las consecuencias derivadas de su administración y entiendo que el profesional del Centro que administra la medicación está exento de responsabilidad ante cualquier efecto adverso, siempre que lo haga de acuerdo a estas instrucciones.

(Firma)

CONDICIONES NECESARIAS:

- La aceptación por parte del Centro de administrar la medicación solicitada tendrá siempre carácter voluntario y en ningún caso podrá ser impuesta por padres ni tutores
- Es condición necesaria adjuntar a la presente solicitud copia de la receta del pediatra en la que figure la misma medicación.
- Es condición necesaria adjuntar a esta solicitud la medicación que se solicita administrar, con igual presentación.

