|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **CEIP 8 de Març**  **c/ Maria Zambrano,1** **València 46018** |  **TF 962566240**  46013475@gva.es |

**ANEXO VI**

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR**

 El/la menor debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Nombre y apellidos del alumno/a): ………………………………………………………………………………………….

 Medicación (nombre comercial del producto): … …………………………………………………………………..

 Dosis: …………………………………………..Hora de administración: ………………………………………………….

 Procedimiento/vía para su administración: ……………………………………………………………………………..

Duración del tratamiento: ………………………………………………………………………………………………………..

Indicaciones específicas sobre conservación:……………………………………………………………………………

 Custodia o administración del medicamento: ………………………………………………………………………..

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Facultativo que prescribe el tratamiento: ………………………………………………………………………………

 Fecha: …………………………………………………………………………………………..

 Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias:

………………………………………………………………………….

Firmado Nº colegiado