

ANEXO VI - PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

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

Alumno/a: _____

Medicación: _____

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:

Número Colegiado: