

## **ANEXO IV**

### **INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR**

DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

<b>Medicación (nombre comercial del producto)</b>	<b>Dosis</b>	<b>Hora de administración</b>	<b>Procedimiento/ vía para su administración</b>	<b>Duración del tratamiento</b>	<b>Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento</b>

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado

Núm. colegiado/colegiada: