

ANEXO VI Resolución 1 septiembre de 2016

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

El/la menor (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:

.....

Número de colegiado: