

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

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

ALUMNO/A: _____

MEDICACIÓN: _____

DOSIS: _____

HORA DE ADMINISTRACIÓN: _____

PROCEDIMIENTO PARA LA 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: _____ NÚM. COL. _____