



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 _____ Núm. Col.: _____