



Colegio San Antonio de Padua, Río Piedras

Formulario para autorización de medicamentos

Yo, _____ (madre, padre o encargado) autorizo a la enfermera del Colegio San Antonio de Padua a administrar el(los) siguiente(s) medicamento(s), con las indicaciones descritas en la tabla.

Nombre y apellido del estudiante: _____

Grado: _____

Peso: _____

Salón hogar: _____

Edad: _____

Alergias: _____

Nombre del medicamento	Dosis	Hora	Indicaciones

Relevo al Colegio San Antonio de Padua y/o a su enfermera de cualquier responsabilidad a una reacción adversa a el (los) medicamento(s) detallado(s) en esta hoja.

Nombre del encargado: _____

Firma del encargado: _____

Firma de la enfermera: _____

Fecha: _____