



Colegio San Antonio de Padua

OFICINA DE ENFERMERÍA

Formulario para autorización de medicamentos

Yo, **(nombre y apellidos)** _____ **(CIRCULAR: 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 **ambos** apellidos del estudiante: _____

Grado y grupo: _____

Salón hogar: _____

Edad: _____ años

Peso en la enfermería: _____

Peso aproximado hogar: _____

Fecha de nacimiento: _____
(día/mes/año)

Alergias: _____
(por ejemplo: a medicamentos, alimentos, animales, ambientales, etc., escriba síntomas y medicamento de emergencia si aplica)

Condiciones: **CIRCULAR** si aplica:

asma, hipoglucemia, diabetes, epilepsia, gastritis, dermatitis, visión, audición, cardíaco, neurológicas, alergias nasales. Si padece de
alguna otra, añadir en otros.

Comentarios u otros: _____

**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.**

Firma y Nombre **completo del encargado que rellena el documento:** _____

Teléfono del encargado: _____

Otro teléfono de: _____

Fecha de las firmas: _____

Firma de la enfermera: _____

[illegible]