



Control de Medicación

Nombre del Niño/a :

Curso : Tutor/a :

Nombre del medicamento	
Dosis	
Hora de la toma/s	
Fecha de inicio	
Fecha de finalización	
Conservación	Frigorífico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre del Padre/Madre/Tutor:

.....

Fdo:

Salamanca, a de de

Nota: Exclusivamente se dispensarán a los alumnos/as, las medicaciones indicadas en esta ficha por sus padres. El personal del Colegio no aplicará ninguna medicación que no esté previamente indicada, ni atenderá peticiones formuladas por teléfono o de viva voz. Se ruega adjuntar copia de la receta médica. Los medicamentos que se entreguen fuera de su envase original deberán ir en un recipiente adecuado y debidamente identificados.