



Nome do alumno/ alumna \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Patoloxía \_\_\_\_\_

Nome do medicamento \_\_\_\_\_

Ruta de administración (oral, inxectable...) \_\_\_\_\_

Precisa estar no frigorífico \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Hora na que debe administrarse \_\_\_\_\_

Período de administración (data) \_\_\_\_\_ . Dende \_\_\_\_\_ ata \_\_\_\_\_

Por medio da presente autorizo a que se lle administre ao meu fillo/a o **medicamento descrito anteriormente** por parte do persoal do CPR Plurilingüe La Milagrosa. Así mesmo, fágome totalmente responsable desta decisión, liberando ao centro de calquera responsabilidade ou de calquera contraindicación que poida aparecer como resultado do subministro de medicamentos ao meu fillo/a.

En Santiago de Compostela, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Asinado:

Nome do pai/nai/titor/a legal \_\_\_\_\_

