



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS RECETADOS

Año Escolar 2024-2025

Nombre: _____

Grado: _____

Por la presente, autorizo a la Sra. Ashley González, Enfermera del Colegio San Ignacio de Loyola, a servir de custodio del medicamento recetado: _____ que proveeré en el envase con etiqueta de farmacia.

El medicamento deberá ser administrado, según orden médica, de la siguiente manera:

Dosis: _____

Frecuencia/ hora: _____

Este medicamento será administrado durante el siguiente periodo de tiempo:

Me comprometo a renovar esta autorización si el periodo se extiende más de lo indicado anteriormente.

Entiendo que el Colegio San Ignacio de Loyola no se hace responsable de los efectos adversos, si alguno, que el medicamento pudiera ocasionar. Por esto, relevo de responsabilidad al Colegio San Ignacio de Loyola y a su personal.

Firma padre, madre o tutor legal

Fecha