



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS RECETADOS

**Año Escolar 2022-2023**

Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a la Sra. Alyna Vázquez, R.N., 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**