



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA  
ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con  
DNI \_\_\_\_\_ y domicilio C/  
en \_\_\_\_\_, madre/padre del alumno/a \_\_\_\_\_, que  
curso sus estudios en el nivel de \_\_\_\_\_ del colegio CEIP Villalpando de Segovia

EXPONE:

PRIMERO.- Que mi hijo/a \_\_\_\_\_ está  
enfermo de \_\_\_\_\_.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior está tomando  
\_\_\_\_\_

TERCERO.- Que el medicamento debe tomarlo en el horario escolar según  
se especifica a continuación:

*(es necesario que se explicita detalladamente cuándo debe administrarse cada  
medicamento, cuales son las dosis y como se administra).*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CUARTO.- Que se solicita y autoriza a que se proceda a la administración de  
la medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del educador bajo  
cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

En Segovia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_