



AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DENTRO DEL PLANTEL EN CASO DE SER REQUERIDO

Día _____ Mes _____ Año _____

El que suscribe padre de familia o tutor (a) de mi hijo
(a): _____ del

grado: _____ y del grupo: _____ de la especialidad _____

doy conocimiento y autorización al departamento de Enfermería para que mi hijo (a) reciba la atención correspondiente referente a la administración de medicamentos en caso de que sea necesario durante su estancia en el plantel. Al cual no se le darán medicamentos controlados o de otra índole.

Esta autorización deberá ser firmada y entregada con copia de INE de padre familia o tutor(a) para acreditar el documento.

Nombre y firma del padre o tutor.

En caso de no estar de acuerdo favor de escribir en este apartado NO ESTOY DE ACUERDO con firma y fecha.