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

Dia \_\_\_\_\_\_\_\_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.