

- 
- 
- 
- **LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER RECOGIDOS POR EL PADRE O TUTOR**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ MAESTRO: \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA RECETA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_  
DOSIS Y HORA DE ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_  
ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DESCONTINUAR MEDICAMENTO EL: \_\_\_\_\_ (Fecha)

### **DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR**

**Todos los medicamentos DEBEN estar en su envase original y los DEBEN traer a la escuela el padre o el tutor**

**No envíe medicamento a la escuela que necesita ser administrado dos o tres veces al día a menos que el médico indique la hora exacta que se debe de administrar durante el día escolar**