



## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO TISLS

Sr. Apoderado

De acuerdo al diagnóstico médico de su hija/o, usted ha solicitado que administremos un fármaco durante la jornada escolar. Para poder dar continuidad al tratamiento y con la finalidad de respaldar el fármaco y dosis que debe recibir su hijo/a, le solicitamos firmar esta solicitud y adjuntar copia de la receta médica con las indicaciones, y enviarlos al correo electrónico enfermeria@tisls.cl a Miss Camila Villaseca.

Atte. Enfermería

### SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Enfermera del establecimiento para que administre al  
alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_  
el/los medicamento/s \_\_\_\_\_,  
Vía de administración, \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ y Dosis \_\_\_\_\_ desde  
(indicar principio) \_\_\_\_\_ y hasta (término de tratamiento  
farmacológico) \_\_\_\_\_ Médico tratante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Apoderado