

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Por medio del presente documento, el/la apoderado/a autoriza al personal del establecimiento educacional a administrar la medicación detallada a continuación, en los días, horarios indicados y por los motivos específicos señalados. Este documento será validado con firma ante notario y se resguardará bajo confidencialidad.

1. Datos del/a estudiante	
Nombre completo del/a estudiante:	
Curso:	_ RUT:
Nombre del apoderado/a:	
Teléfono de contacto:	

2. Detalle de la Medicación a Administrar

Nombre del medicamento	Dosis a administrar	Días de administración	Horario(s) de administración	Motivo/diagnóstico asociado	Observaciones



3. Autorización

 Adjunto a esta autorización, copia de la receta médica actualizada emitida por el Dr./Dra	Declar	o como apoderado/a que:						
cual respalda la indicación de este medicamento, por lo que la administración del medicamento ha sido indicada por un profesional de salud competente. • Entrego el medicamento en su envase original, con su etiqueta visible y en cantidad suficiente para el periodo que deba ser administrado. • Notificaré al establecimiento cualquier cambio en la dosis o en el tratamiento. - Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. • Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: RUT: RUT: RUT:	•	•						
medicamento ha sido indicada por un profesional de salud competente. Entrego el medicamento en su envase original, con su etiqueta visible y en cantidad suficiente para el periodo que deba ser administrado. Notificaré al establecimiento cualquier cambio en la dosis o en el tratamiento Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT: RUT: RUT:		Dr./Dra	Rut:	con fecha:	_, la			
Entrego el medicamento en su envase original, con su etiqueta visible y en cantidad suficiente para el periodo que deba ser administrado. Notificaré al establecimiento cualquier cambio en la dosis o en el tratamiento. - Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia:		cual respalda la indicación de este m	edicament	o, por lo que la administración	ı del			
suficiente para el periodo que deba ser administrado. Notificaré al establecimiento cualquier cambio en la dosis o en el tratamiento Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT: RUT: RUT:		medicamento ha sido indicada por un profesional de salud competente.						
Notificaré al establecimiento cualquier cambio en la dosis o en el tratamiento Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT: RUT: RUT:	•							
- Autorizo expresamente a los funcionarios designados por el establecimiento a administrar la medicación indicada. • Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:								
administrar la medicación indicada. Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia:	•	·						
Eximo al colegio y a su personal de toda responsabilidad derivada de la administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:								
administración del medicamento, siempre y cuando esta se realice siguiendo estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia:								
estrictamente las indicaciones aquí descritas y la receta médica adjunta. En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:	•			•				
En caso de emergencia o de cualquier situación imprevista relacionada con la administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a:					∍ndo			
Administración del medicamento, por favor contactar a: Nombre del Contacto de Emergencia: Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:		estrictamente las indicaciones aquí de	escritas y la	a receta médica adjunta.				
Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:				imprevista relacionada con	la			
Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:								
Teléfono de Contacto de Emergencia: Firma del apoderado/a: RUT:	Nomb	aro dal Cantacto da Emorgancia:						
Firma del apoderado/a:	NOTTIL	ne del Contacto de Emergencia.						
Firma del apoderado/a:								
RUT:	Teléfo	ono de Contacto de Emergencia:						
RUT:								
RUT:								
RUT:								
RUT:								
RUT:	Firma	del anoderado/a:						
	1 IIIIIa	dei apoderado/a.						
Fecha://	RUT:							
Fecha://								
Fecha://								
	Fecha	a:/						



Firma del profesional del establecimiento que administrará la medicación:
Nombre:
Cargo:
Firma:
Fecha:/

Nota: Este documento debe ser firmado ante notario para su validez. Se sugiere conservar una copia para el apoderado/a y otra en el expediente del estudiante.