

Autorización Modelo B para administrar medicamentos durante la jornada escolar (renovable cada curso académico)

La presente autorización será necesaria para administrar medicamentos a los alumnos que no se encuentren bien durante el transcurso de la jornada escolar y precisen de medicación del tipo especificado más abajo o similar. Será necesario renovar esta autorización cada año, que será guardada en el expediente del alumno/a. En caso de no disponer de esta autorización, no se podrá administrar medicación alguna al alumno/a. Esta autorización deberá ir acompañada del Cuestionario de Salud.

Datos del alumno/a:

Nombre	Apellidos	Clase
Fecha de nacimiento	Peso	Altura

AUTORIZO al Colegio a administrar, en momentos puntuales, medicamentos tales como:

Orales en jarabe

- Dalsy
- Apiretal
- Antihistamínico
- Primperam

Tópicos / pomadas

- Antihistamínica para picaduras
- Analgésica
- Antiinflamatoria

Orales en grajea / granulado

- Ibuprofeno
- Paracetamol
- Antihistamínico

Inhalados

- Salbutamol

Padre (o tutor) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado: _____

Madre (o tutora) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado: _____

En _____ a _____ de _____ de 20__

Model B Authorization to administer medication during the school day (to be renewed every academic year)

This authorization will be required to administer medication to students who are not well during the school day and require the medication specified below or similar. You will need to renew this authorization each academic year, which will be kept in the student's file. If we do not have this authorization, we will not administer any medication to the student. This authorization shall be accompanied by the health questionnaire.

Pupil's details:

Name	Surnames	Class
D.O.B	Weight	Height

I hereby **AUTHORIZE** the School to administer at given times medication such as:

Oral syrups

- Dalsy
- Apiretal
- Antihistamine
- Primperam

Topical /creams

- Antihistaminic for bites
- Analgesic
- Anti-inflammatories

Oral lozenges/ granulates

- Ibuprofen
- Paracetamol
- Antihistaminic

Inhalators

- Salbutamol

Pupil's Father (or guardian):

Name: _____ Surnames: _____

Signed: _____

Pupil's Mother (or guardian):

Name: _____ Surnames: _____

Signed: _____

In _____ the _____ of _____ 20 _____