



Responsiva para medicamentos

Yo _____ autorizo que el
alumno _____ de quien
soy responsable ya que soy su _____, se le suministre el medica-
mento _____, con fórmula _____,
dosis _____, por la vía _____. A las _____ hrs. el día
_____ del mes de _____ bajo la prescripción del médico
_____.

Adjunto copia de la Receta Médica

si

no

Firma del responsable