



Autorización para suministrar medicamentos:

- Yo _____ (nombre del padre) autorizo al personal del Recinto de Ciencias Médicas a suministrar medicamentos a mi hijo (a) _____ (nombre del estudiante).

Especifique cual: _____

- Si su hijo (a) consume algún medicamento con frecuencia favor de indicar el nombre del mismo: _____, dosis _____, el horario y la frecuencia en que consume el mismo _____.
- Alérgico algún medicamento: Sí _____ No _____ Especifique: _____
- Alérgico algún alimento: Sí _____ No _____ Especifique: _____

Nombre del padre/madre: _____

Firma

Fecha