

## GETAFE CONCILIA

### AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D. \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ Dña.

\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ como padre,  
madre, tutor o tutora legal y D. o  
Dña. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ como padre, madre, tutor  
o \_\_\_\_\_ tutora legal  
de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_:

**autorizo** a la o las trabajadora o del programa municipal Getafe Concilia, a que se le administre medicación pautaada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia:

● Nombre \_\_\_\_\_ del medicamento: \_\_\_\_\_

● Dosis: \_\_\_\_\_

● Hora/s a la que debe tomarlo: \_\_\_\_\_ (1ª toma) \_\_\_\_\_ (2ª toma)

● Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_ (fecha fin o última toma)

Y **me comprometo** a facilitar al equipo la medicación correspondiente, en su envase original y en correctas condiciones de conservación.

En Getafe a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Firma padre, madre, tutor o tutora legal 1:  
madre, tutor o tutora legal 2:

Firma padre,