



**ANEXO VI  
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR**

El/la menor debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

(nombre y apellidos del alumno/a): \_\_\_\_\_

– Medicación (nombre comercial del producto): \_\_\_\_\_

– Dosis: \_\_\_\_\_

– Hora de administración: \_\_\_\_\_

– Procedimiento/vía para su administración: \_\_\_\_\_

– Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Facultativo que prescribe el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias:

\_\_\_\_\_.

Firmado: \_\_\_\_\_

Núm. Col: \_\_\_\_\_