



**ANEXO IV**  
**INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE**  
**MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR**

**DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:**

**DIAGNÓSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicación (nombre comercial del producto)	Dosis	Hora de administración	Procedimiento/ vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado

Núm. colegiado/colegiada: