

	Colegio Santa Inés Religiosas Franciscanas de María Inmaculada INFORMED CONSENT OF STUDENTS MEDICINE ADMINISTRATION CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES			Código	GC 040
				Versión	1

Nombre de la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Este espacio sólo lo llena la responsable de enfermería del Colegio Santa Inés, aplicando los 10 correctos en la administración de medicamentos.

Diagnóstico: _____

Nombre del médico tratante: _____

Nombre del Medicamento(s): _____; _____; _____; _____

Dosis: _____

Vía de Administración: _____ Hora Correcta: _____

Fecha de vencimiento medicamento: _____

Posibles RAM y sus interacciones con otros medicamentos: _____

Procedimiento de urgencia en caso de efectos secundarios de gravedad avisar a _____

Yo **AUTORIZO** a que la estudiante anteriormente mencionada se administre el medicamento, de acuerdo a las indicaciones anteriormente expuestas, fecha: _____

“FAVOR ANEXAR COPIA DE LA FÓRMULA MÉDICA CON LETRA LEGIBLE”

Firma de la mamá

Firma del papá

Firma enfermera

R.N:

“TODO POR AMOR A DIOS Y COMO ÉL LO QUIERE”