Autorización para dispensar medicamentos

	recibirá el medicamento		Nombre del medicamen			
Nombre del médico		Número de prenscripción		Fecha de caducidad		
Dosis		Modo de empleo		Dar medicamento hasta: (fecha)		
	o debe estar en su ei en el centro. El medi		ede administrar en l	as cantidades e ins	trucciones dichas e	
		Firma del padre o tutor		or .	Fecha	
egistro para la admi Nombre del estudiante	nistración de medica Nombre del medicamento	Fecha en la	Hora en la que fue administrada	Cantidad administrada	Nombre completo de que administi el medicamento	
	1	1	ĺ			

Texas Dept of Family and Protective Services

Autorización para dispensar medicamentos

Form 7238 May 2005