

PRESCRIPCIÓN MÉDICA para la administración de medicamentos o tratamientos específicos en la residencia de estudiantes

Información del alumno/a

Nombre y apellido:

Información del profesional que prescribe el tratamiento (médico, dentista, etc.)

Nombre y apellido:

Especialidad:

Teléfono o e-mail de contacto:

Información relativa al medicamento o tratamiento específico prescripto

Nombre del medicamento o breve mención de la atención específica prescripta:

¿Requiere algún cuidado o modo de conservación especial el medicamento o producto? ¿Cuál?:

Forma o vía de administración (oral, sublingual, parenteral, respiratoria, ojos, oídos, piel, etc.):

Posología (días por semana, horarios y dosis por toma o unidad de tratamiento prescripto):

Duración del tratamiento (fecha de inicio y finalización si correspondiere)

Seguimiento o control (¿Cuándo o cada cuanto tiempo debe volver a consultar al médico o especialista?)

¿La custodia y/o administración del medicamento puede ser autogestionada por el alumno o debe estar a cargo del personal de la institución?

**Firma y sello o matricula del
profesional**

Fecha: