



## AUTORIZACIÓN D.U.E.

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI /  
NIE / Pasaporte \_\_\_\_\_ como Padre / Madre /Tutor  
del alumno/a \_\_\_\_\_ del curso  
\_\_\_\_\_

### AUTORIZO a:

Que el D.U.E., Jorge Félix Vázquez Azcona, inscrito en el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid con el número de colegiado 86.124; tras reconocer el estado de salud del alumno/a y evidenciar signos y/o síntomas de enfermedad, administre fármacos de primera línea: paracetamol (Apiretal®), ibuprofeno (Dalsy®), metamizol (Metalgial®), ondansetron (Setofilm®) o metilprednisolona (Urbasón®).

En caso de los alumnos/as con alergias a alguno de los medicamentos anteriormente citados, rogamos nos lo notifiquéis a la mayor brevedad posible.

Pozuelo de Alarcón, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma madre, padre, tutor/a

Fdo.: