



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUDEDE
VIAJECAMPO TARJETA DE PERMISOMEDICAMENTOS**

Doy permiso a _____

para darle a mi hijo / hija _____

su medicamento recetado _____

(nombre de la droga)

el _____

fecha y hora

Número de contacto de emergencia: _____ Firmado: _____

padre / tutor

Fecha: _____

**Este permiso se otorga solo para este día .*