



Consentimiento informado

Para la administración de medicamentos

Yo _____ identificada(o) con cédula _____,

Autorizo al servicio de enfermería del Colegio Victoria para que se le administre a mi

hijo(a) _____ del curso _____ el siguiente

medicamento:

Nombre del medicamento: _____

FECHA:	HORAS DE ADMINISTRAR	DOSIS

Firma del padre de familia

*Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formulario serán objeto de tratamiento en los términos de la Ley 1581 de 2012 por parte del Colegio Victoria S.A, por lo cual, su información será almacenada en nuestras bases de datos. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales, deberá emitir su solicitud a nuestro correo electrónico habeasdata@tvs.edu.co. Para consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente establecida por el Colegio, le agradecemos consultar la siguiente URL: <http://thevictoriaschool.info/intranet/docs/habeasdata.pdf>.