

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

D^a.....

con DNI....., como madre/padre de

....., autorizo que se le

inyecte glucagón o insulina en caso de que sea necesario (según lo

indicado en el informe) y que se le haga la prueba de glucemia

capilar. Así mismo, liberamos de toda responsabilidad a la persona que

lo realice, en el caso, muy improbable, de que aparezca una

complicación relacionada con la inyección.

Fecha:

Firma:
(madre/padre/tutor)

Sr/a: Director/a del Centro.....