

Grossmont Union High School District
AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA
Código de Educación 49423

Yo, el abajo firmante, el padre legal/tutor legal de _____
Nombre de alumno

_____ quien asiste a _____ solicito que el siguiente medicamento se
Fecha de nacimiento Escuela

le disponga a mi hijo/hija en las horas prescritas _____

Entiendo que solamente el personal autorizado por el director de la escuela asistirá a mi hijo/hija a tomar el medicamento de acuerdo a las direcciones de mi médico.

Yo proporcionaré el medicamento en su envase original que tiene la etiqueta con el nombre de mi hijo/hija; el nombre del médico quien recetó el medicamento y; la cantidad de medicamento recetado (dosis).

No se permite tomar medicamentos recetados ni sin receta en la escuela sin la declaración escrita del médico y una declaración escrita por el padre de familia que está solicitando que el distrito ayude al alumno como se dispone en la declaración del médico indicada a continuación.

Reconozco que este es un servicio o acomodación del cual la escuela no está legalmente requerida a ejecutar. Acuerdo mantener indemne y eximir al distrito, sus funcionarios, empleados, o agentes de toda responsabilidad, demandas o reclamaciones de cualquier naturaleza o tipo que pudiesen surgir/resultar de la administración del medicamento de acuerdo con esta petición.

Este formulario está vigente sólo para el ciclo escolar 2021-22

Firma

Fecha

Domicilio de residencia

Teléfono de casa

Teléfono de empleo

ESTA SECCIÓN DEBE LLENARSE POR UN MÉDICO CON LICENCIA DEL ESTADO DE CALIFORNIA

1. ****Nombre de medicamento** **Método de administración** **Dosis** **Hora del día**
 A. _____
 B. _____

2. Descontinuar el "Medicamento A" _____ y el "Medicamento B" en _____
Fecha Fecha

3. Tipo de ayuda para administrar el medicamento (observar, medir, etc.):

4. Precauciones en la administración o forma de almacenar el medicamento:

5. ¿Quiere usted que le llame el personal escolar en los intervalos para hablar sobre este medicamento?
 Sí No Favor de indicar: Persona(s) _____, intervalos _____
Maestro, Enfermera Semanal, Trimestral, etc.

****Si el medicamento es un inhalador, epi-pen, o insulina, y puede cargarse en la persona, marque aquí**

****Si el equipo para la prueba de glucosa será cargado en la persona, marque aquí**

Nombre del médico en imprenta **M.D.** _____
Núm. de Licencia Médica Teléfono

Firma del Médico _____
Fecha