



• MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA

CHRIS FITE
JIM KELLY
ELVA SALINAS
ROBERT SHIELD
DR. GARY C. WOODS

• SUPERINTENDENTE

MARY BETH KASTAN

COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA
DESDE 1920

Estimados Padres o Tutores:

Referente a: Año Escolar 2024-25

Algunos estudiantes necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, y otros estudiantes pueden necesitar llevar consigo medicamentos o equipo de soporte vital (**es decir, inhalador, insulina, epi-pen, equipo de prueba de glucosa en sangre**). Si cualquiera de estos escenarios se aplica a su estudiante, pídale a su médico que complete el formulario adjunto de "**Autorización para la Administración de Medicamentos**". Este formulario debe completarse anualmente.

Si su estudiante realiza sus propias pruebas de glucosa en sangre, se le pedirá que complete un formulario adicional. Puede obtener este formulario en la Oficina de Salud de la escuela de su estudiante.

Incluso si el personal de la escuela no le está dispensando medicamentos a su estudiante, es fundamental que la enfermera de la escuela de su estudiante garantice el manejo y la eliminación adecuada de los suministros y equipos médicos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos procedimientos, llame a la enfermera de la escuela de su estudiante.

Sinceramente,

Maureen Durand, RNP-MSN
Enfermera del Distrito

Linnea Goldberg, RN, BSN, MSN
Enfermera del Distrito

Wendoline Castillo, RN, BSN
Enfermera del Distrito

MD/LG/WC/ajf

Grossmont Union High School District
AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
Código de Educación 49423

Yo, _____ el firmante, como padre/tutor legal de _____
Nombre del Alumno / Fecha de Nacimiento

asistiendo a _____ solicita que los siguientes medicamentos:
Escuela
_____ estén disponible para mi hijo(a) en los tiempos

prescritos: _____.

Yo entiendo que solo el personal autorizado por el director de la escuela ayudará a mi hijo(a) a tomar los medicamentos según las indicaciones de mi médico.

Yo proporcionaré los medicamentos en los *envases recetados*, que están etiquetados con el nombre de mi hijo(a), el nombre del médico que los recetó y la cantidad de medicamentos recetados.

Si alguna de las condiciones en la Declaración del Médico cambia, el padre/tutor y el médico deben firmar un nuevo formulario. No se permite tomar medicamentos con o sin receta en la escuela sin una declaración por escrito del médico y una declaración por escrito de los padres indicando el deseo de que el distrito ayude al estudiante como se establece en la declaración del médico a continuación.

Yo reconozco que este es un servicio o adaptación que la escuela no está legalmente obligada a realizar. Estoy de acuerdo en guardar y eximir de responsabilidad al distrito, sus funcionarios, empleados o agentes de responsabilidad, demandas o reclamos de cualquier naturaleza o tipo, que puedan surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud.

Este formulario es válido para la escuela año escolar 2024-25

Firma _____
Fecha

Domicilio del Hogar

Número de Teléfono del Hogar/Móvil/Trabajo

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR UN MÉDICO CON LICENCIA EN EL ESTADO DE CALIFORNIA

1. ****Nombre del Medicamento, Método de Administración, Dosis Aprox., Hora del Día**

A. _____

B. _____

2. Suspender el "Medicamento A" el _____ y el "Medicamento B" el _____.
Fecha *Fecha*

3. Tipo de ayuda para la administración de medicamentos (observar, medir, etc.):

4. Precauciones para la administración o almacenamiento de medicamentos:

5. ¿Desea que el personal de la escuela se comunique con usted a intervalos para hablar sobre este medicamento? Sí No

Por favor indique: Persona(s) _____ Intervalos _____
Maestro, Enfermera *Semanal, Trimestral, etc.*

****Si el medicamento es un inhalador, epi-pen o insulina, y puede llevarse consigo, marque aquí .**

****Si el equipo de prueba de glucosa se llevará en la persona, marque aquí .**

_____, M.D. _____
Nombre Impreso del Médico Número de Licencia Médica

Firma del Médico Número de Teléfono Fecha