

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.

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 2023-2024**

Firma Fecha

Domicilio del Hogar

Número de Teléfono del Hogar/Móvil/Trabajo

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

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 comuniqué 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