



• MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA

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

• SUPERINTENDENTE

COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA
DESDE 1920

MARY BETH KASTAN

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

MD/LG/WC/ajf

Maureen Durand RNP

Linnea Goldberg, RN, BSN, MSN
Enfermera del Distrito

Linnea Goldberg, RN

Wendolne Castillo, RN, BSN
Enfermera del Distrito

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

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

quien asiste a _____ solicito que los siguientes medicamentos:

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 el
año escolar 2024-2025**

Firma *Fecha*

Domicilio de Hogar

Número de Teléfono (casa) *Celular* *Trabajo*

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

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN LICENSED IN THE STATE OF CALIFORNIA

1. **** Name of Medication, Method of Administration, Dosage Appx., Time of Day**

A. _____

B. _____

2. Discontinue "Medication A" on _____ Medication B" on _____
Date *Date*

3. Type of assistance for administering medication (observe, measure, etc.):

4. Precautions for administration or storage of medication:

5. Do you wish to have school personnel contact you at intervals to discuss this medication? Yes No

Please indicate: Person(s) _____ Intervals _____
Teacher, /Nurse *Weekly, Quarterly, etc.*

**If medication is an inhaler, epi-pen, or insulin, and may be carried on person, check here

**If glucose testing equipment will be carried on person, check here

_____, M.D. _____
 Printed Name of Physician Medical License Number Telephone Number

 Signature of Physician Date