



¡SOLIDARIOS, COLABORADORES  
INNOVADORES!

## MIEMBROS DEL COMITÉ DIRECTIVO

SCOTT ECKERT  
CHRIS FITE  
JIM KELLY  
ROBERT SHIELD  
DR. GARY C. WOODS

## SUPERINTENDENTE

DRA. KIRSTEN VITAL BRULTE

Estimados Padres o Tutores:

RE: Año Escolar 2026-2027

Algunos estudiantes necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, y otros estudiantes puede que necesiten llevar consigo medicamentos o dispositivos vitales (por ejemplo, inhaladores, insulina, autoinyector de epinefrina (EpiPen en inglés), dispositivos para medir la glucosa en la sangre). Si esto aplica a su estudiante, pídale a su médico que llene el formulario adjunto de "Autorización para la Administración de Medicamentos" (Authorization for Medication Administration, en inglés). Este formulario se debe completar anualmente.

Si su estudiante se realiza sus propias revisiones de glucosa en la sangre, se le pedirá que completen un formulario adicional. Pueden obtener este formulario en la Oficina de Salud dentro de la escuela de su estudiante.

Incluso si el personal escolar no está administrando medicamentos a su estudiante, es fundamental que la enfermera dentro de la escuela de su estudiante se asegure de que los productos y equipos médicos se manejen y eliminen de forma adecuada.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos procedimientos, favor de llamarle a la Enfermera de la escuela de su estudiante.

Atentamente,

Linnea Goldberg, RN, BSN, MSN  
Enfermera del Distrito

Wendeline Castillo, RN, BSN  
Enfermera del Distrito

Maria Armas, RN  
Enfermera del  
Distrito

LG/WC/MA/tw

**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 \_\_\_\_\_ / solicito 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.

**Este formulario es válido para la escuela  
año escolar 2026-2027**

Yo reconozco que este es un servicio o adaptación que la escuela no está legalmente obligada a realizar. Yo reconozco que este es un servicio o adaptación. 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.

\_\_\_\_\_  
*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