

**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 2017-18**

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio de residencia

\_\_\_\_\_  
Telefono de casa Telefono 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**

**M.D.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico en imprenta Teléfono

\_\_\_\_\_  
Num. de Licencia Médica Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Fecha