



# SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

Año escolar 2024-2025

Estimado Padre / Tutor,

Mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela sigue siendo el objetivo del Departamento de Enfermería del Distrito Escolar de San Mateo-Foster City.

Apoyar a los estudiantes diagnosticados con diabetes tipo I sigue siendo una prioridad y agradecemos su ayuda para ayudarnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse un momento para revisar el paquete de diabetes adjunto.

**Durante el verano, pida al equipo médico de su hijo que complete y devuelva el paquete de diabetes adjunto. Además, asegúrese de que se incluyan los pedidos más recientes de su hijo y devuelva la documentación lo antes posible.**

Gracias por su ayuda y háganos saber si tiene alguna pregunta.

Esperamos trabajar con usted en el nuevo año escolar.

Sinceramente,

El Departamento de Enfermería de SM-FC

**Nicole Monozon, RN District Nurse**

**Student Services 1170 Chess Drive**

**Foster City, California 94404**

**Tel: 650-350-3047**

**Fax: 650.655.3394**

**[nmonozon@smfcsd.net](mailto:nmonozon@smfcsd.net)**



## SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

Año Escolar: 2024-2025

Estimado Padre / Tutor,

Mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela sigue siendo el objetivo del Departamento de Enfermería del Distrito Escolar de San Mateo-Foster City.

Apoyar a los estudiantes diagnosticados con diabetes tipo I sigue siendo una prioridad y agradecemos su ayuda para ayudarnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse un momento para revisar algunos detalles importantes sobre el manejo de la diabetes de su hijo mientras está en la escuela o asistiendo al Anexo.

Se debe enviar un formulario de divulgación de información médica firmado cada año escolar para que el equipo de enfermería del SMFCSD pueda hablar directamente con el equipo de atención médica de su hijo. Esto asegura una respuesta actualizada y rápida a preguntas, inquietudes o cambios en las órdenes y también permite que el equipo de enfermería del SMFCSD discuta el cuidado de la diabetes de su hijo en la escuela.

- Recuerde informar a la escuela inmediatamente de CUALQUIER cambio en el manejo de la diabetes de su hijo. Los cambios en las órdenes de diabetes o en el método de administración de insulina (es decir, inyección, pluma, bomba, etc.) solo se aceptarán por parte del equipo médico responsable. Recuerde siempre proporcionar copias escritas del cambio en las órdenes a la escuela ya que se seguirá el conjunto de órdenes más actualizadas en el archivo.

- Es importante mantener un suministro de dos semanas de suministros para diabéticos para el manejo escolar, que incluyen: método de administración de insulina (inyección, bomba o bolígrafo), insulina, insulina de respaldo, jeringas, un recipiente SHARPS, bocadillos azucarados de acción rápida para controlar la hipoglucemia (p. Ej. jugo, tabletas de glucosa), glucómetro, tiras reactivas de glucosa en sangre, toallitas con alcohol y tiras reactivas de cetonas. Recuerde vigilar cuidadosamente y reponer los suministros de su hijo con regularidad para garantizar la seguridad en la escuela.

Agradecemos que se tome el tiempo para mantenernos informados para que podamos servir mejor a su hijo. Nuestro objetivo es brindar atención constante mientras seguimos las órdenes actuales junto con el equipo médico y los padres. No dude en contactarnos en cualquier momento si tiene alguna pregunta o inquietud.

Sinceramente,

El Departamento de Enfermería de San Mateo-Foster City

\_\_\_Natalie Mainini, RN 650-312-7295

\_\_\_Ashley Circosta, RN 650-312-7250

\_\_\_Nicole Monozon, RN 650-350-3047

\_\_\_Christina Hirsch, LVN 650-312-7297

# DISTRITO ESCOLAR DE SAN MATEO Y FOSTER CITY

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Información del Estudiante/ Padres

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de

Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_

Información para ser Liberada de:

Agencia/Persona: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Información para ser Liberada a y Usada por:

Agencia: Distrito Escolar de San Mateo y Foster City

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Propósito de la Información Requerida

- Liberación de información de salud a pedido del padre/ madre, tutor o representante legal del estudiante
- Plan educacional y servicios provistos al estudiante
- Otro: \_\_\_\_\_

Documentos: Marque el casillero, inicie y/ o firme para especificar que tipo de información se puede revelar.

**RESUMEN MÉDICO** \_\_\_\_\_ (inicial)

**EXAMEN FÍSICO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DOCUMENTOS PSIQUIÁTRICOS**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PRUEBAS DE VACUNAS**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RESULTADOS/PRUEBAS LAB/ RAYOS X**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INTERCAMBIO VERBAL**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OTRA INFORMACIÓN DE SALUD**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Especifique los documentos a revelar: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** Esta autorización debe de ser efectiva inmediatamente y deberá de permanecer en efecto por un año a la fecha de la firma a no ser que se especifique otra fecha aquí \_\_\_\_\_ (Fecha)

**REVOCACIÓN:** Esta autorización también está sujeta en cualquier momento a una revocación escrita por el padre, madre o tutor. La revocación escrita será efectiva cuando se recibe, excepto en la medida en que la parte reveladora u otros han actuado confiando en esta autorización.

**VOLVER A REVELAR:** Entiendo que el destinatario no podrá legalmente usar o revelar luego la información de salud a no ser, que se obtenga otra autorización mía o a no ser que ese uso o revelación esté específicamente requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original. El padre, madre o tutor tiene el derecho a una copia de esta autorización



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Maestro \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

**DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOSIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Vía de Administración: \_\_\_\_\_

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE \_\_\_\_\_

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: \_\_\_\_\_

**Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presenta durante la administración del medicamento.**

FECHA: \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: \_\_\_\_\_**



