

Formulario para la Administración de Medicamentos

El/La (nombre del establecimiento/centro): _____ administrará medicamentos a los niños para los cuales se haya elaborado un plan, que el Director haya aprobado. Puesto que el medicamento impone una carga adicional al personal, y el tener medicamentos en el establecimiento es un peligro a la seguridad, los padres/tutores legales deben consultar con el proveedor de atención médica del niño para ver si se pueden hacer los arreglos para un horario de dosis que no involucre las horas en que el niño esté bajo cuidado en el establecimiento/centro. Los padres/tutores legales pueden venir a administrar los medicamentos a sus propios niños durante el día.

Si tiene que administrarse un medicamento líquido oralmente en el establecimiento/centro, el/la padre/madre/tutor(a) legal tiene que proporcionar el dispositivo de administración con las medidas claramente marcadas (tubo para tomar la medicina a sorbos, vasito para la medicina, gotero o jeringa).

Medicamentos en (el lugar) de cuidado infantil:

1. Se requiere que el/la padre/madre/tutor(a) legal complete y firme este *Formulario para la Administración de Medicamentos*; el formulario debe guardarse en el expediente del niño con toda la documentación que lo sustente.
2. El medicamento tiene que estar en el envase original, a prueba de niños y marcado con el nombre del niño.
3. Todos los envases y dispositivos para administrar los medicamentos se guardarán fuera del alcance de los niños en un armario cerrado bajo llave o en el refrigerador, si es necesario, y se regresarán al/a la padre/madre/tutor(a) legal cuando se hayan completado.
4. Se requiere un plan escrito para registrar la administración de todos los medicamentos y para informar diariamente al/a la padre/madre/tutor(a) legal del niño cuando dichos medicamentos se hayan administrado.
5. Cuando ya el niño no necesite más los medicamentos, o cuando el niño se salga del programa, todos éstos deben regresarse al/a la padre/madre/tutor(a) legal del niño o desecharse después de intentar localizar al/a la padre/madre/tutor(a) legal.

Los Medicamentos recetados:

- Los medicamentos se administran conforme a las indicaciones en la etiqueta de la farmacia, según los receta el proveedor de atención médica del niño.
- Las indicaciones del/de la padre/madre/tutor(a) legal del niño no deben ser conflictivas con las indicaciones en la etiqueta, según las receta el proveedor de atención médica del niño.

Los Medicamentos no recetados (de venta libre):

- Pueden administrarse sin la aprobación ni las indicaciones del proveedor de atención médica del niño.
- Deberán administrarse conforme a las indicaciones en la etiqueta del producto en el envase.
- Las indicaciones del/de la padre/madre/tutor(a) legal del niño no deben ser conflictivas con las indicaciones en la etiqueta del producto en el envase.

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Por este medio, autorizo a los agentes designados de (nombre del establecimiento o centro): _____ a que administren los siguientes medicamentos a mi niño, _____. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y exonerar a este establecimiento o centro, a sus agentes y a los servidores contra todos los reclamos, como resultado de cualesquier y todos los actos llevados a cabo bajo esta autoridad.

Nombre del/de la Padre/Madre/Tutor(a) Legal _____ Teléfono _____

El proveedor de atención médica de mi niño es _____ Teléfono _____

La condición de mi niño es _____

El propósito del medicamento es _____ Hora de la administración _____

Nombre del medicamento _____ Duración de la administración _____

Método de la administración _____ Posibles efectos secundarios _____

En caso de emergencia, comuníquese con _____ Teléfono _____

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor(a) Legal _____ Fecha de hoy _____

La persona que administre el medicamento debe completar el Registro Mensual de Medicamentos en el reverso.

Nombre del niño _____

Registro Mensual de Medicamentos

| Fechas para administrarse | Dosis | Hora de la administración | Firma del personal y hora en que se administró | Firma del personal y hora en que se administró por segunda vez (si se requiere) | Iniciales del padre/de la madre para dar fe de la administración |
|----------------------------|-------|---------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Lunes Fecha: | | | | | |
| Martes Fecha: | | | | | |
| Miércoles Fecha: | | | | | |
| Jueves Fecha: | | | | | |
| Viernes Fecha: | | | | | |
| Lunes Fecha: | | | | | |
| Martes Fecha: | | | | | |
| Miércoles Fecha: | | | | | |
| Jueves Fecha: | | | | | |
| Viernes Fecha: | | | | | |
| Lunes Fecha: | | | | | |
| Martes Fecha: | | | | | |
| Miércoles Fecha: | | | | | |
| Jueves Fecha: | | | | | |
| Viernes Fecha: | | | | | |
| Lunes Fecha: | | | | | |
| Martes Fecha: | | | | | |
| Miércoles Fecha: | | | | | |
| Jueves Fecha: | | | | | |
| Viernes Fecha: | | | | | |

Cualesquier comentarios y/o observaciones adicionales con las iniciales del personal: _____

El formulario completado y la documentación correspondiente debe mantenerse en el lugar (de cuidado infantil) en el expediente del niño.