

Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)

Materiales del participante

Este documento se proporciona bajo un acuerdo contractual entre la

Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York División de Administración Oficina de Capacitación y Desarrollo

y el

Programa de Desarrollo Profesional Rockefeller College Universidad de Albany Universidad Estatal de Nueva York

Reconocimiento

Este material fue desarrollado por el Programa de Desarrollo Profesional, Rockefeller College, Universidad de Albany, en virtud de un acuerdo de capacitación y servicios administrativos con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York.

Descargo de responsabilidad

Si bien se ha hecho todo lo posible para proporcionar información precisa y completa, la Oficina de Servicios para Niños y Familias y el Estado de Nueva York no asumen ninguna responsabilidad por cualquier error u omisión en la información proporcionada aquí y no hace representaciones ni garantías acerca de la pertinencia de la información contenida aquí para cualquier propósito. Toda la información y todos los documentos se proporcionan "tal cual", sin garantía de ningún tipo.

Copyright © 2020 por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York







Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) Materiales del participante

ÍNDICE

Manual 1.1: Recursos Materiales de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)	. 1
Manual 1.2: Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) Panorama general	. 3
Manual 1.3: Glosario	
Manual 2.1: ¿Cuáles son los Cinco pasos correctos ?	13
Manual 2.2: Verificación de los Cinco pasos correctos .	15
Manual 2.3: OCFS-LDSS-7002S: Formulario de Consentimiento para Medicamentos	17
Ejercicio 2.1: Encontrar los (inco pasos correctos	19
Respuestas 2.1: Encontrar los <i>Cinco pasos correctos</i> .	27
Manual 3.1: Efectos de los medicamentos	35
Manual 3.2: Vías de administración de medicamentos	37
Manual 3.3: Descripción de las vías de administración incluidas en el curso de MAT	39
Manual 3.4: Tipos de medicamentos	41
Ejercicio 3.1: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos	43
Ejercicio 3.2: Identificación de los tipos de medicamentos	45
Respuestas 3.1: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos	47
Respuestas 3.2: Identificación de los tipos de medicamentos	51
Manual 4.1: ¿Qué permisos e instrucciones necesito para administrar el medicamento?	53
Manual 4.2: OCFS-LDSS-7002S: Formulario de Consentimiento para Medicamentos	55
Manual 4.3: Abreviaturas médicas frecuentes	57
Manual 4.4: OCFS-LDSS-7004-S: Registro de Administración de Medicamentos	59
Manual 4.5: Buena documentación	61
Manual 4.6: OCFS-LDSS-7003-S: Formulario de Consentimiento Verbal y Administración	
del Registro	
Manual 4.7: Almacenamiento de medicamentos	
Manual 4.8: Aceptación del medicamento	
Manual 4.9: Utensilios de administración y requisitos para el etiquetado de los medicamentos	
Manual 4.10: La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento	
Manual 4.11: Planificación del día	
Ejercicio 4.1: Aceptación del medicamento	
Respuestas 4.1: Aceptación del medicamento	
Manual 5.1: Administración de medicamentos a niños	85



Manual 5.2: Situaciones especiales	87
Manual 5.3: Administración de medicamentos de manera segura	89
Manual 6.1: Lavado de manos	91
Manual 6.2: Uso de guantes	93
Manual 6.3: Limpieza, lavado y desinfección	95
Manual 7.1: Aplicación de medicamentos de uso tópico	97
Manual 7.2: Aplicación de parches medicados	99
Manual 7.3: Administración de medicamentos por boca	. 101
Manual 7.4: Medición de medicamentos líquidos	. 103
Manual 7.5: Administración de medicamentos inhalados por boca	. 107
Manual 7.6: Administración de medicamento por inhalación por la nariz	. 109
Manual 7.7: Administración de medicamentos en los ojos	111
Manual 7.8: Administración de medicamentos en el oído	113
Práctica de habilidades 7.1: Administración de medicamentos líquidos por boca	115
Práctica de habilidades 7.2: Formulario de consentimiento de líquido oral	117
Práctica de habilidades 7.3: Registro de la práctica de habilidades	119
Práctica de habilidades 7.4: Copia impresa de la farmacia: Amoxicilina	. 121
Práctica de habilidades 7.5: Cuadro de evaluación para la demostración de habilidades	. 123
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Verificación de los	
Cinco pasos correctos	. 127
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Administración de medicamentos de manera segura	. 128
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Medición de medicamentos líquidos	. 129
Manual 8.1: Información sobre el asma	. 133
Manual 8.2: Tratamiento para el asma	. 135
Manual 8.3: Ejemplo de un plan de salud para un niño con asma	. 137
Manual 8.4: Departamento de Salud del Estado de Nueva York Plan de acción para el asma	. 141
Manual 9.1: Prevención de intoxicación no intencional con medicamentos	. 143
Manual 9.2: Anafilaxia	. 145
Manual 9.3: Autoinyector de epinefrina (EpiPen® o Auvi-Q®) Uso y almacenamiento	. 147
Manual 10.1: Niños con necesidades especiales de atención médica	. 153
Manual 10.2: OCFS-LDSS-7006S: Plan individual de cuidado de la salud para un niño(a) con necesidades especiales de cuidado de la salud	. 155
Manual 10.3: Administración independiente de medicamentos	. 157
Manual 10.4: Administración de medicamentos fuera del programa	. 159
Manual 10.5: Botiquín de primeros auxilios	. 161
Manual 10.6: Errores en la administración de medicamentos	



Manual 10.7: OCFS-LDSS-7005S: Formulario de Informe de Error de Medicacion	165
Manual 11.1: Siguientes pasos	167
Cuestionario de MAT acerca de las reacciones	169



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Recursos Materiales de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)

STAT

El curso de Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) está aprobado por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) y está diseñado para enseñarle las mejores técnicas prácticas para administrar medicamentos y ayudarlo a comprender el reglamento de la OCFS respecto de la administración de medicamentos.

Reglamento

El reglamento crea la estructura básica de la forma como operan los programas de cuidado infantil diurno. Establece normas mínimas para la calidad de cada programa. Como proveedor de cuidado infantil diurno, usted es responsable de saber qué exige la ley y la reglamentación. Este curso abarca el reglamento de la OCFS sobre la administración de medicamentos en su programa.

Durante esta capacitación, su instructor de MAT tendrá una copia del reglamento. Usted siempre debe tener la versión más actualizada del reglamento de la OCFS en su programa. Consulte con frecuencia el sitio Web de la OCFS (www.ocfs.ny.gov) para informarse sobre posibles cambios.

Manuales

El curso de MAT cubre mucha información, tanto en videos como en sus manuales. No es necesario que memorice la información en la capacitación. La información que se brinda en el video también está en los manuales. Estos manuales son suyos y podrá conservarlos y usarlos durante todo el curso y en su programa.

A veces, los manuales se actualizan para incluir información nueva La versión más actual de todos los manuales de MAT está publicada en *www.ecetp.pdp.albany.edu*. Los manuales tienen la fecha impresa al final de la página. En el sitio Web, podrá encontrar la fecha cuando se actualizó el manual por última vez. Consulte el sitio Web a menudo para buscar las actualizaciones.

Formularios de la OCFS

Los manuales de MAT incluyen los formularios aprobados por la OCFS. El curso de MAT usa la versión más actualizada de los formularios aprobados por la OCFS. Consulte el sitio web de la OCFS en forma periódica (www.ocfs.ny.gov) para obtener una versión más actualizada o si desea obtener una versión electrónica del (de los) formulario(s).

Planes de salud

Su instructor de MAT tiene copias modelo de cada modalidad de los planes de salud aprobados por la OCFS. Su programa debe tener un plan de salud aprobado por la OCFS. Usted debe saber qué está escrito en el plan de salud de su programa y seguir la políticas y los procedimientos que se especifican en dicho plan de salud.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) Panorama general

STAT

Administrar medicamentos en un Programa de Cuidado Infantil

Los siguientes *no* se consideran medicamentos y pueden ser administrados con el permiso por escrito de los padres:

- Protector solar
- Repelentes de insectos de uso tópico
- Ungüentos tópicos de venta libre (como ungüentos, cremas, geles y lociones).

Sin embargo, si las instrucciones del envase indican que se debe consultar a un médico, necesitará instrucciones escritas del proveedor de atención médica del niño antes de administrarlo.

Si el niño necesita medicamentos distintos a los que se mencionaron anteriormente, usted debe recibir una aprobación para administrar el medicamento. Parte del proceso de aprobación consiste en tener un certificado de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT).

Acerca del curso de MAT

- El curso de MAT capacita a los proveedores de cuidado infantil diurno a administrar medicamentos a los niños de manera segura en establecimientos de cuidado infantil. Está aprobado por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) del Estado de Nueva York por OCFS.
- En este curso, usted aprenderá siete formas de administrar medicamentos:
 - En la piel (tópica)
 - Por boca (oralmente, incluye aplicación tópica en la boca)
 - Por inhalación (el niño inspira por la nariz o la boca)
 - Por medio de parches medicados
 - Poniéndolo en el oído
 - Poniéndolo en el ojo
 - Mediante el uso de un autoinyector, como EpiPen®, para administrar una inyección de epinefrina
- Para obtener un certificado de MAT, al final del curso deberá aprobar un examen escrito y la demostración de habilidades.

Para aprobar el curso, usted debe ser capaz de:

- Leer y comprender la información que viene con el medicamento en el idioma que está escrita. Esto incluye etiquetas de medicamentos, prospectos y copias impresas de la farmacia.
- Leer y entender las instrucciones de los padres y del proveedor de atención médica.
- Leer y entender los formularios de autorización de los padres.
- Especificar que ya ha administrado el medicamento.
- Leer, comprender y tener la capacidad de seguir, paso por paso, las instrucciones para administrar el medicamento de manera segura.



Evaluación

Se evaluará la información incluida en los manuales y el video de MAT únicamente. Puede usar los manuales de MAT cuando realice el examen.

Examen escrito

- Este examen consta de 60 preguntas de opción múltiple.
- Usted debe aprobar el 80% o más para aprobar el examen.
- Si no aprueba el examen escrito en el primer intento, podrá realizar otro examen que incluirá preguntas diferentes. Si no aprueba el examen en el segundo intento, deberá hacer todo el curso de MAT de nuevo.

Demostración de habilidades

Debe mostrarle a un instructor que usted puede:

- 1. Administrar medicamentos de manera segura por una de las siguiente vías de administración:
 - Oral (por boca)
 - Tópica (en la piel)
 - Mediante inhalación por la boca o la nariz
 - En el ojo
 - En el oído
 - Mediante la aplicación de un parche medicado

Se le evaluará sólo una vía de administración; sin embargo, usted debe estar preparado para administrar un medicamento por cualquiera de las vías mencionadas anteriormente, porque no sabrá qué vía de administración se evaluará en el examen. En el video se incluye un ejemplo de administración para ayudarlo a prepararse. Esta evaluación incluye igualar los **Cinco pasos correctos** de la administración segura de medicamentos. Puede obtener información sobre los **Cinco pasos correctos** en el Manual 2.1.

- 2. Medir correctamente el medicamento líquido con:
 - una taza de dosificación,
 - una cuchara de dosificación o
 - una jeringuilla para administrar medicamentos por vía oral.
- 3. Administrar bien epinefrina con un autoinyector.

Un instructor certificado de MAT lo observará mientras completa cada una de estas habilidades. Si no aprueba en su primer intento, puede volver a intentarlo. Puede evaluarse la misma vía de administración o una diferente.

Si no aprueba en el segundo intento, deberá volver a realizar el curso.

Personas exceptuadas de asistir al curso de MAT

Quien pueda presentar una licencia válida del estado de Nueva York como médico, asistente médico, enfermero registrado, practicante de enfermería, enfermero práctico con licencia o técnico avanzado en emergencias médicas no necesitará asistir al curso de MAT para poder administrar medicaciones en un programa de cuidado diurno.

Se solicitará la documentación que establezca las credenciales de la persona en alguno de los campos arriba mencionados y se deberá incluir una copia de la documentación junto con el Plan de Atención Médica.



Glosario

STAT

Use este glosario de palabras y frases seleccionadas que lo ayudará a comprender cómo se emplean estas palabras y frases en el curso de MAT.

abreviaturas Forma corta o símbolo usados en lugar de una palabra completa.

acrónimo / sigla Una palabra que se forma con la(s) primera(s) letra(s) de cada parte de una

frase compuesta. (Por ejemplo, MAT=Medication Administration Training

[Curso de capacitación en administración de medicamentos])

administración Acción de dar

administración de medicamentos

El proceso completo de administrar medicamentos, observar e informar los efectos deseados y no deseados, y revisar cada paso para maximizar el

beneficio y reducir el riesgo.

administrador de medicamentos

Un miembro del personal que, en el plan de salud del programa de cuidado infantil diurno, figura como persona autorizada para administrar medicamentos en el programa. Esta persona debe tener 18 años de edad como mínimo y un certificado actualizado de CPR y de primeros auxilios que cubra las edades de los niños que cuida y, además, debe tener un certificado actualizado de MAT. Solo los administradores de medicamentos aprobados

por la OCFS pueden administrar medicamentos.

administración independiente de medicamentos

Cuando un niño lleva consigo su propio medicamento, decide cuándo necesita administrarse la dosis y la toma sin supervisión. Ver el Manual 10.3.

anafilaxia

Una reacción alérgica repentina y grave que puede representar un riesgo de vida, caracterizada por urticaria, hinchazón, dificultad para respirar y que requiere tratamiento de inmediato. Ver el Manual 9.2.

asesor de atención médica

Un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero matriculado con una licencia válida en el estado de Nueva York. El asesor es responsable de trabajar en estrecha relación con el programa de cuidado infantil, a fin de desarrollar e implementar un plan de salud seguro y realista que incluya la administración del medicamento durante el programa. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(ak) del estado de Nueva York.

Dispositivo para administrar una inyección mediante un sistema automático.

Consulte la palabra "epinefrina" en este glosario.

bebé Un niño menor de dieciocho (18) meses. Consulte el Reglamento de Cuidado

Diurno 413.2(s) del estado de Nueva York.

categoría de medicamentos

autoinyector

Un tipo o grupos comunes de medicamentos en función de sus objetivos o

función general.



Cinco pasos correctos Los cinco datos necesarios para administrar un medicamento en forma

correcta. Los **Cinco pasos correctos** incluyen: niño, medicamento, vía de administración, hora y dosis. El control de los **Cinco pasos correctos** cada vez que se administra un medicamento ayudará a evitar errores en la administración de medicamentos. Consulte los manuales 2.1 y 2.2.

consanguinidad Una relación o unión cercana. Un pariente del niño dentro del tercer grado

de consanguinidad por parte de los padres o padrastros del niño, incluye: abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos y tías con sus cónyuges, tíos abuelos y tías abuelas con sus cónyuges, hermanos y primos directos con sus cónyuges.

contaminado Cualquier sustancia o material que estuvo expuesto a fluidos corporales,

sangre o a agentes infecciosos aéreos. Ver el Manual 6.2.

convulsiones Un ataque, espasmo, convulsión, cambios emocionales extremos o cambio en

el estado de conciencia de modo repentino, como sucede con la epilepsia o

con otros trastornos.

CPR Siglas en inglés de Resucitación cardiopulmonar

curvatura El arqueamiento de una línea o superficie. A los fines de esta capacitación, el

término se aplica a la inclinación o curva que se observa cuando se mira una medición de medicamento líquido a la altura de los ojos. El punto más bajo de la curvatura es el punto para medir la cantidad correcta del medicamento

recetado. Ver el Manual 7.4.

demostración Realizar un acto físico o una demostración de los pasos a fin de mostrar que

se comprenden los principios de administración segura de medicamentos. Ver

el Módulo 7.

efecto adverso Reacción inesperada de un medicamento que puede ser potencialmente

perjudicial.

efecto deseado El efecto beneficioso y buscado del medicamento.

efectos de los medicamentos

Cómo afecta el medicamento al niño. Estos efectos pueden ser deseados o no

deseados.

efecto no deseado Cualquier efecto que no sea el efecto deseado. Los efectos no deseados

también se llaman efectos secundarios, que incluyen efectos adversos y

reacciones alérgicas. Ver el Manual 3.1.

efecto secundario El efecto de un medicamento que no es el efecto deseado ni buscado. Ver el

Manual 3.1.

eliminación Deshacerse del medicamento que haya vencido, esté dañado o que ya no se

necesite. Ver el Manual 4.9.

enfermedad El estado de estar enfermo.

enfermedad crónica Enfermedad o dolencia prolongada. No tiene cura y no desaparecerá.

Algunos ejemplos son asma y diabetes.



envase del medicamento

El envase donde se proporciona el medicamento. En ocasiones, este envase puede incluir información importante, como efectos secundarios, consideraciones especiales e interacciones medicamentosas/de alimentos.

epinefrina

Un medicamento utilizado para aliviar rápidamente las reacciones alérgicas graves (anafilaxia) hasta que pueda disponerse de una mayor atención médica. Debe administrarse mediante una inyección Ver el Módulo 9.

error en la administración de medicamentos

Un error cometido en el momento de administrar un medicamento (por ejemplo, proporcionar el medicamento incorrecto, proporcionar el medicamento en el momento incorrecto, administrar la dosis incorrecta, usar una vía de administración incorrecta, administrar el medicamento al niño incorrecto, administrar un medicamento vencido, olvidarse de administrar un medicamento o administrar un medicamento cuando el *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* del niño ha vencido o cuando ha vencido el medicamento). Ver el Manual 10.1.

etiqueta del medicamento

La etiqueta del envase o frasco de la farmacia que incluye la información necesaria para administrar el medicamento de manera segura.

farmacia

Un establecimiento con licencia donde un farmacéutico con matrícula válida según la legislación del estado donde ejerce, dispensa y repone los medicamentos recetados.

Formulario de Consentimiento para Medicamentos El formulario (OCFS-LDSS-7002-S) aprobado por la OCFS que brinda instrucciones por escrito del proveedor de atención médica y el permiso de los padres por cada medicamento administrado a un niño específico Debe haber un formulario por cada medicamento que recibe el niño mientras recibe cuidados. Ver el Manual 4.2.

ineficaz

La ausencia de un efecto deseado, después de haber esperado un tiempo suficiente para que el medicamento surta efecto.

inhalador

Un dispositivo para administrar medicamento en la nariz, los pulmones u otra parte de las vías respiratorias mediante la inhalación del medicamento.

intoxicación no intencional

Ingestión no intencionada ni planificada de cualquier sustancia, incluso un medicamento. Ver el Manual 9.1.

instrucciones/ permiso por escrito Permiso e instrucciones para administrar un medicamento especificados en el *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* aprobado por la OCFS o en un documento equivalente aprobado y administrados por los padres, el tutor o el proveedor de atención médica del niño. Ver el Manual 4.1 y 4.2.

instrucciones/ permisos verbales Instrucciones para administrar un medicamento recibidas en forma oral e impartidas por los padres, un tutor o una persona autorizada y con licencia que emite recetas. Puede aceptar permisos e instrucciones verbales únicamente en determinadas circunstancias. Ver el Manual 4.7.

Ley de Elijah

Una ley que exige que todos los programas de cuidado infantil diurno del Estado de Nueva York sigan las directrices para prevenir y responder a la anafilaxia, incluyendo la capacitación del personal.



Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) Una ley que prohíbe la discriminación basada en la discapacidad. Ingresar a www.ada.gov.

localizado

Confinado o limitado a un lugar en particular. El uso de este término en este plan de estudio hace referencia a cómo una reacción alérgica leve puede aparecer en alguna parte del organismo del niño (por ejemplo, sarpullido cutáneo sobre piel enrojecida en el estómago o un lugar localizado de urticaria en el cuello).

marca comercial

El nombre otorgado al medicamento por la compañía farmacéutica que lo creó. Después del nombre, se incluye el símbolo ®, que indica que el nombre es una marca comercial registrada.

MAT

Las siglas de curso de Medication Administration Training (Curso de Capacitación en Administración de Medicamentos).

MDI

Las siglas de Metered Dose Inhaler (inhalador de dosis medida). Un inhalador de dosis medida se usa para administrar una dosis determinada de medicamento en los pulmones mediante un envase que contiene varias dosis.

medicamento

Cualquier sustancia que no sea un alimento y se use para tratar una enfermedad o dolencia o se use para prevenir o curar problemas de salud.

medicamento de venta libre

Otro modo de referirse a los medicamentos de venta sin receta. Ver "medicamentos de venta sin receta" en este glosario.

medicamentos de venta sin receta

Medicamento que puede comprarse sin una receta emitida por una persona autorizada y con licencia. También denominados medicamentos de venta libre.

medicamento que se da en caso de necesidad Medicamento que se administra para tratar síntomas específicos en momentos no específicos. Se suele utilizar para aliviar o controlar los síntomas que pueden repetirse a causa de una afección conocida. Consulte el acrónimo "PRN" en este glosario.

medicamento recetado

Un medicamento destinado a un niño en particular que solo puede obtenerse con una receta por escrito emitida por una persona autorizada para tratar una condición médica específica.

medicamento vencido

Un medicamento cuya seguridad y eficacia ya no puede garantizarse, dado que pudo haber una degradación química o contaminación a partir de la fecha de vencimiento. Es posible que la etiqueta del medicamento indique "desechar después de" una fecha específica. Si el envase del medicamento especifica la fecha de vencimiento con un mes o año únicamente, el medicamento puede utilizarse hasta el último día del mes.



medidor de capacidad pulmonar máxima

Un dispositivo portátil de mano que se usa para medir con qué intensidad y rapidez el niño libera aire de los pulmones. Las mediciones obtenidas con el medidor de capacidad pulmonar máxima ayudan a los padres del niño y a su médico a controlar el asma. Estas mediciones pueden ser importantes para ayudar al proveedor de atención médica del niño a recetar medicamentos para controlar el asma.

membrana mucosa

Una membrana que recubre vías y cavidades corporales que están conectadas con el exterior del organismo. Por ejemplo, el recubrimiento de la nariz y la boca.

nebulizador

Un dispositivo compresor que transforma un medicamento líquido para inhalación en vapor para que pueda ser aspirado e ingrese en el organismo. Este aparato se usa frecuentemente para el tratamiento del asma en los niños. Ver el Manual 7.5.

niño (no bebé)

Un niño de dieciocho (18) meses o más.

niños con necesidades especiales de atención médica Niños con una afección física, del desarrollo, conductual o emocional crónica con una duración esperada de 12 meses o más y que requiere un tipo o cantidad de servicios médicos o servicios relacionados superior al que requieren los niños en general. Consulte el Manual 10.1 y la Reglamentación sobre Cuidado Infantil Diurno 413.2(d)(1) del estado de Nueva York.

nombre genérico

El nombre del medicamento que es el mismo al nombre del principio activo del medicamento.

NYS

Siglas de New York State (Estado de Nueva York).

OCFS

Siglas de Office of Children and Family Services (Oficina de Servicios para Niños y Familias). La OCFS es el organismo del estado de Nueva York responsable de la reglamentación que rige la seguridad y el bienestar de los niños que reciben cuidado infantil en el estado de Nueva York.

OTC

Siglas de over-the-counter medication (medicamentos de venta libre).

persona autorizada y con licencia que emite recetas Una persona con licencia, actualmente registrada y autorizada en virtud de la Ley de Educación del Estado de Nueva York para emitir recetas para medicamentos o tratamientos médicos. También denominada persona que emite recetas. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(al) del estado de Nueva York.

persona que emite una receta

Ver "persona autorizada y con licencia que emite recetas" en este glosario

plan de atención médica

Un formulario de la OCFS de modalidad específica que los programas deben usar para establecer sus políticas de protección y promoción de la salud de los niños. El plan de atención médica está sujeto a la aprobación de la OCFS. Los programas deben cumplir su plan de atención médica aprobado en todo momento. El plan de atención médica aprobado debe estar en el lugar, los cuidadores lo deben cumplir y debe estar disponible si lo solicita el padre/madre o la Oficina. Consulte la Norma para centros de cuidado diurno del Estado de Nueva York .11(c) para cada modalidad de atención.



principio activo El componente principal de un medicamento que produce el efecto deseado

del medicamento.

PRN Siglas de la palabra latina pro re nata, que significa "en caso de necesidad".

Se administran medicamentos PRN cuando un niño tiene síntomas

específicos.

prospecto La información proporcionada en una hoja por separado incluida en el envase

> o el frasco del medicamento. Incluye los efectos secundarios frecuentes, las precauciones e información sobre su administración. Esta información puede

estar impresa directamente en el envase o el frasco del medicamento.

proveedor de atención médica Un médico, un asistente médico o enfermero con práctica médica con licencia válida en el estado de Nueva York. Consulte el Reglamento de

Cuidado Diurno 413.2(q) del estado de Nueva York.

reacción alérgica Un respuesta inmunitaria a una sustancia extraña potencialmente perjudicial,

incluido el medicamento. Las reacciones alérgicas pueden ocurrir cuando el sistema inmunitario responde de manera exagerada a una sustancia llamada alérgeno. Estas reacciones no siempre se presentan la primera vez que el niño entra en contacto con el alérgeno y pueden empeorar con cada exposición.

Registro de Administración de Medicamentos

El formulario aprobado por la OCFS que ofrece un registro escrito por cada

medicamento administrado a un niño específico.

relacionada con el

trabajo

Una afección crónica caracterizada por una dificultad grave para respirar causada por un espasmo de los bronquios o por una hinchazón de las

membranas mucosas originada por una respuesta a un factor desencadenante

o a un alérgeno. Ver el Manual 8.1.

síntomas Signos físicos o conductuales que usted puede observar, escuchar u oler

que pueden indicarle que el niño necesita ayuda, lo cual puede incluir

administrarle medicamentos.

solicitud de exención

Una solicitud escrita por parte de un programa de cuidado infantil diurno

realizada en un formulario aprobado por la OCFS, que tiene como objetivo obtener la aprobación para cumplir con la esencia de la reglamentación de un modo que no esté específicamente escrito en la reglamentación. El programa no puede implementar la exención hasta que la OCFS apruebe por escrito la

solicitud de exención.

sustancia controlada Cualquier sustancia que haya sido clasificada por el gobierno federal como

de alto potencial de uso indebido. Las normas respecto de las recetas y el almacenamiento de estas sustancias son determinadas por el gobierno federal. Puede obtenerse una lista de sustancias controladas en la Administración

de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas (Drug Enforcement Administration). Algunos ejemplos son Ritalin® y la codeína

urticaria Una afección de la piel caracterizada por picazón y ronchas, originada a

causa de una reacción a agentes internos o externos, una infección o una

afección nerviosa.



Vί	a	de	•				
a	dn	nir	าเร	tra	ci	ór	ì

La forma en que el medicamento ingresa en el cuerpo; también denominada método de administración. Ver el Manual 3.4.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



¿Cuáles son los **CÍNCO pasos correctos**?

STAT

1. El niño correcto:



- Cerciórese de que el niño a quien le dará el medicamento sea el correcto. Si, en el programa, tiene bajo su cuidado hermanos u otros niños con nombres similares, preste especial atención.
- Si necesita administrarle un medicamento a un niño que no conoce mucho, pida a alguien de confianza que le diga cómo se llama el niño. También puede pedirle al niño que le diga cómo se llama, pero nunca dependa del niño solamente para que le diga su nombre.

2. El medicamento correcto



- Solamente acepte un medicamento cuando esté en su envase original con la etiqueta original. No acepte un medicamento que haya sido puesto en otro envase, porque no tiene manera de saber si es el medicamento correcto o no.
- La concentración del medicamento también forma parte del medicamento correcto. La concentración se refiere a la cantidad de principio activo que hay en una píldora o en una dosis. Por ejemplo, Ritalin® viene en comprimidos de 5 mg y 10 mg. Por lo tanto, además de verificar el nombre (Ritalin®), cerciórese de tener la concentración correcta de medicamento (5 mg).

3. La dosis correcta



- La dosis es la cantidad de medicamento que se debe administrar. Por ejemplo, la dosis podría ser un comprimido, 2 cucharaditas o una gota.
- Mida la dosis correcta usando el utensilio (taza de dosificación, cuchara de dosificación, jeringuilla oral) que le dieron los padres, en caso de que haga falta.
- Si el medicamento es líquido, cerciórese de que el utensilio que le proporcionaron los padres, como una cuchara de dosificación, una jeringuilla oral o una taza de dosificación, tenga la misma medida de la que está escrita en el formulario de consentimiento (cucharaditas, cucharadas, centímetros cúbicos, etc.).

4. La vía correcta

- La vía de administración hace referencia al modo como el medicamento ingresa en el organismo del niño, por ejemplo, a través del ojo, la piel o la boca.
- Si no comprende cómo administrar el medicamento correctamente mediante la vía especificada, pregunte.

5. La hora correcta:



- Puede que los medicamentos deban administrarse a una hora específica y otras veces puede que tengan instrucciones que le indiquen a usted los síntomas que debe observar para saber si el niño necesita el medicamento ("en caso de necesidad").
- Cuando los niños lleguen, pregunte a los padres si el niño tomó algún medicamento antes de asistir al programa.
- Administre el medicamento hasta 30 minutos antes o hasta 30 minutos después de la hora que se debía administrar la dosis.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



Verificación de los Cinco pasos correctos

Administrar medicamentos es una parte muy seria de su trabajo. Conocer los **Cinco pasos correctos** no es suficiente. Para administrar el medicamento, debe hacer coincidir el medicamento, la hora, la dosis, la vía de administración y el nombre y apellido del niño que aparecen en la etiqueta del medicamento o en el envase del medicamento de venta libre con la información incluida en el formulario de consentimiento para cerciorarse de que está administrando el medicamento en forma correcta. Esto se llama verificar los Cinco pasos correctos..

Cuando verifique los **Cinco pasos correctos** para administrar el medicamento, recuerde lo siguiente:

El niño correcto

• Verifique que coincidan el nombre y apellido escritos en el formulario de consentimiento con el nombre y apellido escritos en el envase o etiqueta de la farmacia, y con el niño al que está por darle el medicamento.

El medicamento correcto

- Cerciórese de que el medicamento enumerado en la etiqueta del envase coincida exactamente con el Formulario de Consentimiento para Medicamentos. Tenga mucho cuidado porque los nombres de los medicamentos pueden sonar y escribirse casi de la misma manera, pero ser muy diferentes.
- Algunos medicamentos, como los inhaladores, EpiPens® y las cremas, vienen en una caja con una etiqueta de la farmacia. Retire siempre el envase del medicamento de la caja etiquetada y verifique que el nombre y la concentración del medicamento que figuran en el envase coincidan con los de la etiqueta.

La dosis correcta

• Verifique la coincidencia entre la dosis escrita en el formulario de consentimiento, la dosis escrita en el envase o la etiqueta de la farmacia y la dosis que preparó para administrar.

La vía correcta

Verifique la coincidencia entre la vía de administración escrita en el formulario de consentimiento, la vía escrita en el envase o la etiqueta de la farmacia y la manera en la que vaya a administrar el medicamento al niño.

La hora correcta:

- Verifique que la hora escrita en el Formulario de Consentimiento para Medicamentos coincida con la hora escrita en la etiqueta y el envase de la farmacia y con la hora actual. Recuerde que si el proveedor de atención médica no escribió la hora cuando debe administrarse el medicamento (por ejemplo, 12:00 p. m.), deberá leer al dorso del formulario de consentimiento la hora que el padre escribió que usted debe administrar el medicamento.
- Si el medicamento debe administrarse cuando el niño lo necesita, en vez de a una hora específica, controle que haya coincidencia entre la información escrita en el formulario de consentimiento



y los síntomas del niño. Por ejemplo, si las instrucciones indican que debe administrar Tylenol® cuando el niño presente fiebre de 101 F o más, usted sabrá que es el momento indicado para administrar el medicamento si el niño presenta fiebre de 102 F.

Cómo recordar los cinco pasos correctos

Una regla mnemotécnica es una manera útil de recordar información. Esta es una regla mnemotécnica para ayudarlo a recordar los **Cinco pasos correctos** de la administración de medicamentos

"<u>N</u>ina <u>M</u>ira <u>D</u>os <u>V</u>ideos <u>H</u>istóricos"

N	Niño
M ira	Medicamento
D os	D osis
Videos	V ía
Históricos	Hora



OCFS-LDSS-7002S: Formulario de Consentimiento para Medicamentos

OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

CSCNAL AUTORIZADO CON LICENCIA DARA DDESCRIRIR DERE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 . #18) Y

Nombre y apellido del niño(a): El Niño Correcto	2. Fecha	a de nacimiento:	3. Alergias con	ocidas del niño(a):
Nombre del medicamento (incluso la dosis		. Cantidad/dosis a dar	se:	6. Vía de administración:
El Medicamento Correcto	·	a Dosis Correcto		La Via Correcto
7A. Frecuencia de administración: La Ho	ra Correcto	(ver N.° 19		
O 7B. Identique los síntomas que requerirán la			os v síntomas da	shen ser ohservahles v si es nosihle
con parámetros medibles): La Hora Con	recto (para lo	os medicamentos	que se dan '	'en caso de necesidad")
8A. Posibles efectos secundarios:	informante del p	paquete para la lista co	mpleta de los efe	ectos secundarios posibles
Y/O 8B: Efectos secundarios adicionales:				
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a	a) de cuidado infa	antil si nota efectos sed	cundarios?	·
☐ Contactar al padre/madre ☐ Otra (describa):	☐ Contac	ctar al proveedor de cu	idado de la saluc	l al número de teléfono de abajo.
10A. Instrucciones especiales: ☐ Vea el inf	ormante del pag	uete para la lista com	oleta de instruccio	ones especiales (padre/madre debi
proveer). Y/O	omanie dei paq	doto para la nota comp	neta de mendeok	siles especiales (paul simaul e assi
10B. Instrucciones especiales adicionales: (I medicamentos que el niño(a) esté tomando e niño(a), alergias o cualquier condición preexi	o preocupacione	s con respecto al uso d	lel medicamento	en lo que respecta a la edad del
11. Razón del medicamento <i>(a menos que s</i>	ea confidencial p	oor ley):		
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio	condición crónic	a física, de desarrollo,		
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio	condición crónic os de salud o rela	a física, de desarrollo, acionados a la salud de		
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio requieren generalmente? ☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - # 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones e	condición crónic os de salud o rela 35, en el reverso de este formulari	ca física, de desarrollo, acionados a la salud de o de este formulario.	e un tipo o cantida eferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio requieren generalmente? ☐ No ☐ Si Si marcó sí, complete #33 - # 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuen	condición crónic os de salud o rela 35, en el reverso de este formulari cia en el que el l	ca física, de desarrollo, acionados a la salud de o de este formulario. o de consentimiento remedicamento debe adi	e un tipo o cantida eferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio requieren generalmente? No Si Si marcó sí, complete #33 - # 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuen No Si Si marcó "sí," complete #34 -	condición crónic ss de salud o rela 35, en el reverso de este formulari cia en el que el I #35 en el revers	ca física, de desarrollo, acionados a la salud de o de este formulario. o de consentimiento remedicamento debe adiso de este formulario.	e un tipo o cantida eferente a órdene ministrarse?	ad que exceda lo que los niños
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una dure 12 meses o más y que requiera servicio requieren generalmente? ☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - # 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuen ☐ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #34 - 14. Fecha de autorización del proveedor de o	condición crónicos de salud o rela 35, en el reverso de este formulari cia en el que el l #35 en el revers cuidado de la sal	ca física, de desarrollo, acionados a la salud de o de este formulario. o de consentimiento remedicamento debe adiso de este formulario. ud: 15. Fecha de dis	e un tipo o cantida eferente a órdene ninistrarse? scontinuación o d	ad que exceda lo que los niños s de medicamento anteriores, en lo
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuen No Sí Si marcó "sí," complete #34- 14. Fecha de autorización del proveedor de o	condición crónicos de salud o rela 35, en el reverso de este formularicia en el que el 1 #35 en el reverso cuidado de la sal ara para prescrib	ca física, de desarrollo, acionados a la salud de o de este formulario. o de consentimiento remedicamento debe adiso de este formulario. ud: 15. Fecha de dis / /	e un tipo o cantida eferente a órdene ninistrarse? scontinuación o d	ad que exceda lo que los niño s de medicamento anteriores luración de administración en



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

PADRE/MADRE DEBE COMPLE 19. Si se completa la Sección #7A, ¿i ¿escribió el que autorizó la prescripcio	ndican las instrucciones las l	horas específic		Iministrar los medicamentos? (Por ejempl		
Indique la(s) hora(s) específica(s) en l	a(s) que el programa de cuid	dado diurno infa		administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):		
La Hora Correcto (si no se er 20. Yo, padre/madre, autorizo al progr			camento o	omo se específica en el frente de este		
formulario <i>(nombre del niño[a])</i> :						
21. Nombre del padre/madre (letra de	e imprenta):	22. Fecha de / /	e la autoriz	ación:		
23. Firma del padre/madre: X						
PROGRAMA DE CUIDADO DIUR	NO DEBE COMPLETAR	ESTA SECO	IÓN (#24	- #30)		
24. Nombre del programa:	25. No. de ID del es	tablecimiento:		26. No. de teléfono del programa:		
27. He verificado que #1 - #23 y, si se administrar este medicamento se ha p				*		
administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (<i>letra de imprenta</i>):			29. Fech	29. Fecha recibida del padre/madre:		
			1 1			
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIO ANTES DE LA FECHA INDICADA	A EN #15		SOLICITA	A DISCONTINUAR EL MEDICAMEN		
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCION ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el m Una vez que el medicamento sea discompletar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre:	A EN #15 nedicamento indicado en este	e formulario se	SOLICITA na discontir	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENT		
SÓLO COMPLETE ESTA SECCION ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el municipa de la municipa del municipa del municipa de la municipa del municipa del municipa de la municipa della municipa della municipa della municipa della municipa della municipa della municipa dell	A EN #15 nedicamento indicado en este ontinuado, yo entiendo que s	e formulario se si mi hijo(a) red	SOLICITA a discontir	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENT		
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIO ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el m Una vez que el medicamento sea disc completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON	A EN #15 nedicamento indicado en este ontinuado, yo entiendo que s LICENCIA PARA PRESO dicional, procedimientos o co	e formulario se si mi hijo(a) red CRIBIR COM	SOLICITA a discontir quiere este	nuado el: / / (fecha) medicamento en el futuro, se deberá		
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIO ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el m Una vez que el medicamento sea disc completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON 33. Describa cualquier capacitación ac	A EN #15 nedicamento indicado en este ontinuado, yo entiendo que s LICENCIA PARA PRESO dicional, procedimientos o co	e formulario se si mi hijo(a) red CRIBIR COM	SOLICITA a discontir quiere este	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENT nuado el: / / (fecha) medicamento en el futuro, se deberá		
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIO ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el m Una vez que el medicamento sea disc completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON 33. Describa cualquier capacitación ac a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos	A EN #15 nedicamento indicado en este ontinuado, yo entiendo que s LICENCIA PARA PRESO dicional, procedimientos o co en los que la farmacia no co el la prescripción previa del n	e formulario se si mi hijo(a) reconsi mi hijo(a) reconsidere competencias que competencias que complete una nu medicamento s	SOLICITA a discontir quiere este PLETA #: le el perso eva prescr e termine c	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENT nuado el: / / (fecha) medicamento en el futuro, se deberá 33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO nal de cuidado diurno necesitará para cuid		
X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIO ANTES DE LA FECHA INDICADA 31. Yo, padre/madre, solicito que el m Una vez que el medicamento sea disc completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON 33. Describa cualquier capacitación ac a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos frecuencia de administración hasta qu está ordenando que el cambio se lleve	A EN #15 nedicamento indicado en este ontinuado, yo entiendo que s LICENCIA PARA PRESO dicional, procedimientos o co en los que la farmacia no co e la prescripción previa del n e a cabo en la administración a de cuidado diurno seguirá la	e formulario se si mi hijo(a) reconstitution de la prescriptas e formulario se si mi de la prescriptas e las instruccione	SOLICITA ra discontir quiere este PLETA #* re el perso eva prescr e termine oción. es escritas	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENT nuado el: / / (fecha) medicamento en el futuro, se deberá 33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO nal de cuidado diurno necesitará para cuid ipción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que		

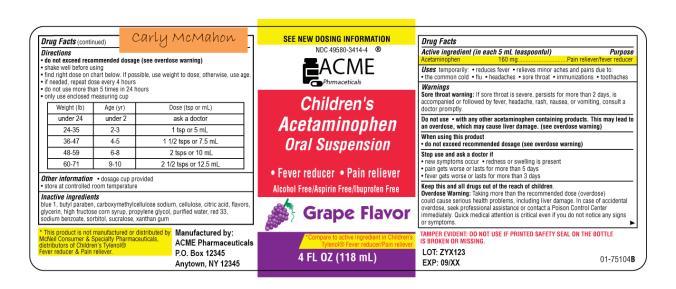


Ejercicio: Encontrar los *CÍNCO pasos correctos*

STAT

Estudio de caso 1: Medicamento de venta libre

Instrucciones: haga un círculo en los **Cinco pasos correctos** en el envase del medicamento a continuación. Anote cada Paso Correcto en el espacio provisto. Luego, haga un círculo en los **Cinco pasos correctos** del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* en la siguiente página y compare cada uno con los **Cinco pasos correctos** del envase del medicamento.



1.	El niño correcto:	
2.	El medicamento correcto:	
3.	La dosis correcta:	
4.	La vía correcta:	
5.	La hora correcta:	



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)

SEGUN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN	(#33 - #35)						
1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de i	nacimiento:	3. Alergias co	nocidas del niño(a):			
Carly McMahon	4 /3 /XX		Ninguno				
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):		ntidad/dosis a da	arse:	6. Vía de administración:			
Paracetamol 160mg/5mL	5mL			Oral			
7A. Frecuencia de administración:							
0							
7B. Identique los síntomas que requerirán la admi		, ,	•				
con parámetros medibles): Dar cuando la ten	<u>iperatura es 1</u>	00°F o más. I	dede adminis	trarse cada 4 horas, hasta 5			
dosis por día.							
8A. Posibles efectos secundarios:							
Y/O							
8B: Efectos secundarios adicionales:							
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de	cuidado infantil (si nota efectos s	ecundarios?				
Contactar al padre/madre				ud al número de teléfono de abajo.			
Otra (describa):	☐ Contactal a	ii pioveedoi de t	uluado de la salt	du al fluffiero de teleforio de abajo.			
Otta (describa).							
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluy, medicamentos que el niño(a) esté tomando o precniño(a), alergias o cualquier condición preexistent	ocupaciones con	respecto al usc	del medicament	o en lo que respecta a la edad del			
11. Razón del medicamento (a menos que sea co	nfidencial por le	/): <u>Fiebre</u>					
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una cond dure 12 meses o más y que requiera servicios de requieren generalmente? No Si Si marcó sí, complete #33 - #35, el	salud o relacion	ados a la salud o					
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de es que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia el				nes de medicamento anteriores, en lo			
No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35	en el reverso de	este formulario					
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidad	do de la salud:	15. Fecha de d	liscontinuación o	duración de administración en días:			
9 /29 /XX		/ /					
16. Nombre de la persona licenciada autorizara pa	ara prescribir	17. Número	de teléfono de la	persona licenciada autorizada para			
(letra de imprenta): Margaret Valens, MD	•		718) 555-2345	·			
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para pr X Margaret Valens, MD	escribir:						



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

19. Si se completa la Sección #7A, ¿inc ¿escribió el que autorizó la prescripción				dministrar los medicamentos? (<i>Por ejemplo</i>
Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cui	dado diurno infa	ıntil debe	administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):
20. Yo, padre/madre, autorizo al prograr formulario <i>(nombre del niño[a])</i> : Carly l		ninistrar el medic	amento d	como se especifica en el frente de este
21. Nombre del padre/madre (<i>letra de ir</i> Andrea McMahon	mprenta):	22. Fecha de 9 /29 /XX	la autoriz	zación:
23. Firma del padre/madre: X <i>Andrea Franklin</i>				
PROGRAMA DE CUIDADO DIURN			IÓN (#24	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
24. Nombre del programa: ABC Day Care	25. No. de ID del e: 01376 DCC	stablecimiento:		26. No. de teléfono del programa: (212) 555-8363
27. He verificado que #1 - #23 y, si se a administrar este medicamento se ha pro			indica qu	1
28. Nombre del personal <i>(letra de impre</i>			29. Fech	na recibida del padre/madre:
Carla Carson			9 /29 /×	×
30. Firma del personal: X <i>Carla Carson</i>				
· Com and Company				
ANTES DE LA FECHA INDICADA B 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Jna vez que el medicamento sea discor	EN #15 dicamento indicado en es	te formulario sea	a disconti	(fecha)
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Una vez que el medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre:	EN #15 dicamento indicado en es	te formulario sea	a disconti	nuado el: / / (fecha)
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Una vez que el medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que	te formulario sea	a disconti uiere este	nuado el: / / (fecha)
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c	te formulario sea si mi hijo(a) req CRIBIR COMF ompetencias qui	a disconti uiere este PLETA # e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Una vez que el medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c	te formulario sea si mi hijo(a) req CRIBIR COMF ompetencias qui	a disconti uiere este PLETA # e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Una vez que el medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos er frecuencia de administración hasta que está ordenando que el cambio se lleve a	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no ce la prescripción previa del	te formulario sea si mi hijo(a) req CRIBIR COMP ompetencias que omplete una nue medicamento sea	a disconti uiere este PLETA # e el perso eva presce e termine	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO onal de cuidado diurno necesitará para cuida
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 32. Pirma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en recuencia de administración hasta que está ordenando que el cambio se lleve a FECHA: / / Al completar esta sección, el programa o	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no ce la prescripción previa del a cabo en la administració de cuidado diurno seguirá	te formulario sea	e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO ponal de cuidado diurno necesitará para cuida ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 32. Verma del medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en frecuencia de administración hasta que este niño que el cambio se lleve a FECHA: / / Al completar esta sección, el programa o instrucciones de la etiqueta de la farmac 35. Firma del personal autorizado con lic	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no c la prescripción previa del a cabo en la administració de cuidado diurno seguirá cia hasta que se llene la n	te formulario sea	e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO ponal de cuidado diurno necesitará para cuida ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me Una vez que el medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos er frecuencia de administración hasta que está ordenando que el cambio se lleve a	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no c la prescripción previa del a cabo en la administració de cuidado diurno seguirá cia hasta que se llene la n	te formulario sea	e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO ponal de cuidado diurno necesitará para cuida ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 32. Verma del medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en frecuencia de administración hasta que este niño que el cambio se lleve a FECHA: / / Al completar esta sección, el programa o instrucciones de la etiqueta de la farmac 35. Firma del personal autorizado con lic	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no c la prescripción previa del a cabo en la administració de cuidado diurno seguirá cia hasta que se llene la n	te formulario sea	e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO ponal de cuidado diurno necesitará para cuida ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
ANTES DE LA FECHA INDICADA I 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 31. Yo, padre/madre, solicito que el me 32. Verma del medicamento sea discor completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON L 33. Describa cualquier capacitación adic a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en frecuencia de administración hasta que este niño que el cambio se lleve a FECHA: / / Al completar esta sección, el programa o instrucciones de la etiqueta de la farmac 35. Firma del personal autorizado con lic	EN #15 dicamento indicado en es ntinuado, yo entiendo que ICENCIA PARA PRES cional, procedimientos o c n los que la farmacia no c la prescripción previa del a cabo en la administració de cuidado diurno seguirá cia hasta que se llene la n	te formulario sea	e el perso	nuado el: / / (fecha) e medicamento en el futuro, se deberá #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO ponal de cuidado diurno necesitará para cuida ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que



Estudio de caso 2: Medicamento recetado

Instrucciones: haga un círculo en los **Cinco pasos correctos** en la etiqueta del medicamento a continuación. Anote cada Paso Correcto en el espacio provisto. Luego, haga un círculo en los **Cinco pasos correctos** del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* en la siguiente página y verifique cada uno con los **Cinco pasos correctos** de la etiqueta.

Pharmacy Inc. #0012 **Tel.: 914-555-0102**

100 Main Street, NYC, NY 10068

Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

José Martínez Fecha de nac.: 11/30/XX

(914) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

albuterol (90mcg/inh)

(forma genérica de Ventolin®)

Disparar el inhalador oral dos veces según las indicaciones. Se puede administrar cada cuatro horas hasta tres dosis por día.

Recetado por: Nancy Wallace MD (914) 564-9832

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.:1 Iniciales farm. reg.:RSL Surtido el:15/7/XX Fecha de orig:15/7/XX Fecha de orig:15/7/XX

1.	El niño correcto:
2.	El medicamento correcto:
3.	La dosis correcta:
4.	La vía correcta:
5.	La hora correcta:



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)

SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN ((#33 - #35)						
1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de	nacimiento:	3. Alergias con	ocidas del niño(a):			
José Martinez		6 años de edad)	Polvo, polen				
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): Albuterol 90 mcg/inh		antidad/dosis a da <i>scargas</i>	rse:	6. Vía de administración: Por inhalación			
7A. Frecuencia de administración:							
7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): Dificultad para respirar, sibilancias y/o falta de aire. Se puede repetir la dosis en cuatro horas, de ser necesario.							
8A. Posibles efectos secundarios: Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).							
Y/O							
8B: Efectos secundarios adicionales:							
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de c	uidado infantil s	si nota efectos se	cundarios?				
☑ Contactar al padre/madre	☐ Contactar a	al proveedor de cu	idado de la salu	d al número de teléfono de abajo.			
Otra (describa):							
10A. Instrucciones especiales: X Vea el informan proveer).	te del paquete	para la lista comp	oleta de instrucci	ones especiales (padre/madre debe			
Y/O							
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluye medicamentos que el niño(a) esté tomando o preo niño(a), alergias o cualquier condición preexistente	cupaciones con	respecto al uso d	lel medicamento	en lo que respecta a la edad del			
11. Razón del medicamento (a menos que sea cor	nfidencial por le	y): Asma					
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condi dure 12 meses o más y que requiera servicios de s requieren generalmente?							
No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en	el reverso de e	este formulario.					
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?							
No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.							
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidad 7 / 1/5 / XX	lo de la salud:	15. Fecha de di	scontinuación o o	duración de administración en días:			
16. Nombre de la persona licenciada autorizara pa (letra de imprenta): Dr. Nancy Wallace	ra prescribir		e teléfono de la p 718) 564-9832	persona licenciada autorizada para			
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para pre X Nancu Wallace, MD	escribir:						



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

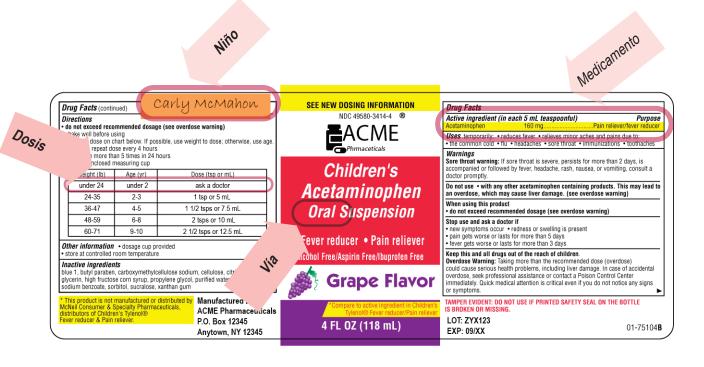
PR	OGRAMAS DE CUIDADO DIUR	NO INFA	NTIL
PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR E	ESTA SECCIÓN (#19 - #23)		
19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican		cas para a	administrar los medicamentos? (<i>Por ejemplo</i> ,
¿escribió el que autorizó la prescripción la he	ora de 12 p.m.?): 🔲 Sí 🔲 N/A	☐ No	
Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) qu	ue el programa de cuidado diurno inf	antil debe	administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):
20. Yo, padre/madre, autorizo al programa d formulario (nombre del niño[a]): José Martin	ez	camento d	como se especifica en el frente de este
21. Nombre del padre/madre (letra de impre Alicia Martinez	enta): 22. Fecha de 7 / 115 / IXX	e la autori	zación:
23. Firma del padre/madre: X			
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO D	EBE COMPLETAR ESTA SECO	CIÓN (#2	4 - #30)
24. Nombre del programa:	25. No. de ID del establecimiento:		26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	01376 DCC		(212) 555-8363
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica		a indica qu	ue toda la información necesaria para
administrar este medicamento se ha provisto		T 00 F 1	
28. Nombre del personal (letra de imprenta)	:		ha recibida del padre/madre:
Carla Carson 30. Firma del personal:		7 115	IXX
X Carla Carson			
SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (# ANTES DE LA FECHA INDICADA EN 9		SOLICIT	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO
31. Yo, padre/madre, solicito que el medical	mento indicado en este formulario se	a disconti	inuado el: / /
			(fecha)
Una vez que el medicamento sea discontinu completar un nuevo formulario.	ado, yo entiendo que si mi hijo(a) red	quiere est	e medicamento en el futuro, se deberá
32. Firma del padre/madre:			
PERSONAL AUTORIZADO CON LICE	NCIA PARA PRESCRIBIR COM	PLETA #	#33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO
33. Describa cualquier capacitación adiciona a este niño(a): <i>Ver el plan de atención médi</i>		ue el perso	onal de cuidado diurno necesitará para cuidar
está ordenando que el cambio se lleve a cab	escripción previa del medicamento s	e termine	ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
FECHA: / /			
Al completar esta sección, el programa de cu instrucciones de la etiqueta de la farmacia ha	-		s en este formulario y <u>no</u> seguirá las
35. Firma del personal autorizado con licenc	ia para prescribir:		
X Nancy Wallace, MD			



Ejercicio: Encontrar los *CÍNCO PASOS COTTECÍOS*RESPUESTAS

TAT

Estudio de caso 1: Medicamentos de venta libre



Hora

Vea el Formulario de consentimiento para medicamentos

1.	El niño correcto:	Carly McMahon
2.	El medicamento correcto:	Paracetamol 160mg/5mL
3.	La dosis correcta:	<u>5mL</u>
4.	La vía correcta:	Oral
5.	La hora correcta:	Cuando Carly tiene una temperatura de 100 °F o más (siga las instrucciones del proveedor de atención médica cuando coincida con la hora correcta).



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



Niño

Medicamento

Duración

OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

 Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.

Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo. Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más. PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35) Via 1. Nombre y apellido del niño(a): 2. Fecha de nacimiento: Alergias conocidas del niño(a): Carly McMahon (3 años) Vinguno 4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): Cantidad/dosis a darse Vía de administración: Paracetamol 160mg/5ml Oral 7A. Frecuencia de administración: 7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): Dar cuando la temperatura es 100°F o más. Puede administrarse cada 4 horas, hasta 5 dosis por día. 8A. Posibles efectos secundarios: 🛛 Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer). Y/O 8B: Efectos secundarios adicionales: 9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios? Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. Otra (describa): 10A. Instrucciones especiales: 🗌 Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (padre/madre debe proveer). Y/O 10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente. También describa situaciones en las que no se debe administrar medicamentos). 11. Razón del medicamento (a menos que sea confidencial por ley): Fiebre 12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente? No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario. 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse? No Si Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario. 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: 15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: 9 /29 /XX 16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir 17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para (letra de imprenta): Margaret Valens, MD prescribir: (718) 555-2345 18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

<u>Marçaret Valens</u>



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

	DE CONSENTII DGRAMAS DE CUII				
	ESTA SEGGIÓN (#	10 400)			
PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indical ¿escribió el que autorizó la prescripción la ha Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) q	n las instrucciones las nora de 12 p.m.?):	horas específic Sí ⊠ N/A	☐ No		
20. Yo, padre/madre, autorizo al programa o formulario <i>(nombre del niño[a])</i> : Carly Mc		inistrar el medio	camento c	omo se específica en el frente de este	
21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta): Andrea McMahon		22. Fecha de la autorización: 9 /29 /XX			
23. Firma del padre/madre: X Andrea Franklin					
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO D	DEBE COMPLETAR	ESTA SECC	IÓN (#24	1 - #30)	
24. Nombre del programa: ABC Day Care	25. No. de ID del es 01376 DCC			26. No. de teléfono del programa: (212) 555-8363	
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplic administrar este medicamento se ha provist		npletos. Mi firma ado diurno	a indica qu		
28. Nombre del personal (letra de imprenta) Carla Carson		ado didilio.	29. Fecha recibida del padre/madre: 9 /29 /XX		
30. Firma del personal: X Carla Carson					
SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (# ANTES DE LA FECHA INDICADA EN	#15				ENTO
 Yo, padre/madre, solicito que el medica 	amento indicado en esi	e formulario se	a discontii		
Una vez que el medicamento sea discontinu completar un nuevo formulario.	uado, yo entiendo que	si mi hijo(a) req	quiere este	(fecha) e medicamento en el futuro, se deberá	
32. Firma del padre/madre: X					
PERSONAL AUTORIZADO CON LICE	NCIA PARA PRES	CRIBIR COM	PLETA #	33 - #35, SEGÚN SEA NECESAR	10
33. Describa cualquier capacitación adiciona a este niño(a):		ompetencias qu	ie el perso	nal de cuidado diurno necesitará para	cuidar
34. Ya que posiblemente haya casos en los frecuencia de administración hasta que la pi está ordenando que el cambio se lleve a ca FECHA: / /	rescripción previa del i	medicamento se	e termine		a que
Al completar esta sección, el programa de c instrucciones de la etiqueta de la farmacia h	_			s en este formulario y <u>no</u> seguirá las	



Estudio de caso 2: Medicamento recetado

Pharmacy Inc. #0012 Tel.: 914-555-0102

100 Main Street, NYC, NY 10068

Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Niño (

José Martínez

Fecha de nac.: 11/30/XX

(914) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

Medicamento

albuterol (90mcg/inh)

(forma genérica de Ventolin®)

Hora | Via

Dosis

Disparar el inhalador oral dos veces según las indicaciones. Se puede administrar cada cuatro horas hasta tres dosis por día.

Recetado por: Nancy Wallace MD (914) 564-9832

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 1 Iniciales farm. reg.:RSL

Surtido el:15/7/XX Fecha de orig: 15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

1. El niño correcto: José Martínez

2. El medicamento correcto: albuterol 90 mcg/inh

3. La dosis correcta: 2 descargas

4. La vía correcta: por inhalación mediante un inhalador oral

5. La hora correcta: Cuando José muestre estos síntomas: falta de aire, sibilancia, quejas de que

tiene dificultad para respirar. (La etiqueta especifica "según las indicaciones", por lo tanto, debe seguir las instrucciones de proveedor de atención médica

cuando verifique el momento adecuado).



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



Niño

Medicamento

Duración

OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.

 Debe completarse un formulario para of formulario. 	cada medicar	nento. Medican	nentos múltip	les no pueden inclu	iirse en un
 Los formularios de consentimiento del 	oen ser reauto	orizados por lo n	nenos una ve	z cada seis meses	para niños
menores de 5 años de edad y por lo m	nenos cada 12	2 meses para ni	ños de 5 años	s o más.	
PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA F SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (CRIBIR DEBE C	OMPLETAR NOSIS	ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y \\\\0
1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de		3. Alergias c	onocidas del niño(a)	:/
José Martinez		6 años de edad)	Polvo, polen		- 1 f u
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): Albuterol 90 mcg/inh		antidad/dosis a da <i>scargas</i>	rse:	6. Vía de adminis	stracion:
7A. Frecuencia de administración:		y			
0					
7B. Identique los síntomas que requerirán la admin					
con parámetros medibles): Dificultad para respirar	r, sibilancias y/o	o falta de aire. Se	puede repetir .	la dosis en cuatro hoi	ras, de ser
necesario.					
8A. Posibles efectos secundarios: Vea el inform	nante del paque	ete para la lista co	mpleta de los	efectos secundarios _l	posibles
(padre/madre debe proveer).					
Y/O					
8B: Efectos secundarios adicionales:					
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de c					
= · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	☐ Contactar a	al proveedor de cu	ıidado de la sa	lud al número de telé	fono de abajo.
Otra (describa):					
10A. Instrucciones especiales: X Vea el informant proveer).	te del paquete	para la lista comp	oleta de instruc	cciones especiales (p	adre/madre debe
γ/ O					
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya	cualquier prec	cupación relacion	ada a las inter	acciones posibles co	n otros
medicamentos que el niño(a) esté tomando o préod	cupaciones con	respecto al uso d	del medicamen	to en lo que respecta	a la edad del
niño(a), alergias o cualquier condición preexistente	. También desc	criba situaciones e	en las que no s	e debe administrar n	nedicamentos).
11. Razón del medicamento <i>(a menos que sea con</i>	ofidencial nor le	v): Aoma			
11. Nazon der medicamento (a menos que sea com	muericiai por le	y). <u>ASIIIa</u>			
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condid	oión crónico fíc	ica da dacarralla	do comportor	nionto o omocional di	IO SO OSPORO GUO
dure 12 meses o más y que requiera servicios de s					
requieren generalmente?			·	•	
X No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en	el reverso de e	este formulario.			
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en				nes de medicamento	anteriores, en lo
No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 e	•		TIITIOU CITOC		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado	o de la salud:	15. Fecha de di	scontinuación	o duración de adminis	stración en días:
7 I 15 I XX		/ /			
16. Nombre de la persona licenciada autorizara par	ra prescribir	I		a persona licenciada	autorizada para
(letra de imprenta): Dr. Nancy Wallace		prescribir: (718) 564-9832		
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para pre	escribir:				



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PR	OGRAMAS DE CUIDADO DIUF	RNO INFA	NTIL
PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR I	ESTA SECCIÓN (#19 - #23)		
19. Si se completa la Sección #7A, ¿indicar ¿escribió el que autorizó la prescripción la h	las instrucciones las horas específ	icas para a	dministrar los medicamentos? (Por ejemplo,
Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) qu		fantil debe	administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):
20. Yo, padre/madre, autorizo al programa d formulario (nombre del niño[a]): José Martin		licamento d	como se especifica en el frente de este
21. Nombre del padre/madre (letra de impre Alicia Martinez	enta): 22. Fecha c 7		zación:
23. Firma del padre/madre: X. Silcia Silartineg			
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO D	EBE COMPLETAR ESTA SEC	CIÓN (#2	4 - #30)
24. Nombre del programa: ABC Day Care	25. No. de ID del establecimiento 01376 DCC		26. No. de teléfono del programa: (212) 555-8363
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica administrar este medicamento se ha provisto		na indica qu	ue toda la información necesaria para
28. Nombre del personal (letra de imprenta) Carla Carson	:	29. Fecl	ha recibida del padre/madre: /XX
30. Firma del personal: X Carla Carson		•	
SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (# ANTES DE LA FECHA INDICADA EN :		SOLICIT	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO
31. Yo, padre/madre, solicito que el medica	mento indicado en este formulario s	ea disconti	inuado el: / /
Una vez que el medicamento sea discontinu completar un nuevo formulario.	ado, yo entiendo que si mi hijo(a) re	quiere este	(fecha) e medicamento en el futuro, se deberá
32. Firma del padre/madre:			
PERSONAL AUTORIZADO CON LICE	NCIA PARA PRESCRIBIR CON	IPLETA #	#33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO
33. Describa cualquier capacitación adiciona a este niño(a): Ver el plan de atención médi		ue el perso	onal de cuidado diurno necesitará para cuidar
34. Ya que posiblemente haya casos en los frecuencia de administración hasta que la prestá ordenando que el cambio se lleve a cat FECHA: / /	escripción previa del medicamento	se termine	ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la que
Al completar esta sección, el programa de ci instrucciones de la etiqueta de la farmacia h	-		s en este formulario y <u>no</u> seguirá las
35. Firma del personal autorizado con licenco X Nancy Wallace, MD			



Efectos de los medicamentos

STAT

El medicamento se administra por varios motivos. Si funciona bien, entonces tiene el "efecto deseado".

Los medicamentos pueden administrarse para:

- **prevenir enfermedades** (por ejemplo, administrar la vacuna contra la poliomielitis para que no contraiga polio),
- **controlar problemas de salud** (por ejemplo, tomar medicamentos todos los días para ayudar a prevenir convulsiones),
- curar una enfermedad (por ejemplo, tomar un medicamento para combatir una infección en el oído) o
- reducir síntomas (por ejemplo, tomar Tylenol® para bajar la fiebre).

Los medicamentos producen efectos en el organismo del niño. Estos efectos pueden ser deseados (efecto deseado), no deseados o, incluso, peligrosos. Cada vez que un niño bajo su cuidado toma medicamentos, obsérvelo y preste atención para ver si el niño actúa en forma rara o se siente diferente a lo normal. Si nota algún cambio, comuníquese con los padres del niño. Estos cambios podrían ser efectos no deseados del medicamento. Si el niño tiene una reacción grave y un efecto adverso a causa de un medicamento, llame al





911 de inmediato. Debe avisar inmediatamente a los padres del niño y a la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS). Si no puede hablar con el regulador asignado a su programa, debe hablar con otro representante de la Oficina. Dejar un mensaje de voz no es un aviso suficiente.

Las oficinas regionales y de registro dan cobertura por teléfono de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Durante este horario, debe hablar directamente con un representante de la oficina. Si descubrió el incidente fuera del horario de atención, debe llamar de inmediato a la oficina regional o de registro y dejar un mensaje de voz en el buzón principal de la oficina regional o de registro.

Al comienzo del siguiente día hábil, debe llamar a la oficina regional o de registro nuevamente y hablar directamente con un representante de la oficina. También debe mantener un registro escrito de cualquier incidente que ocurra en el programa completando el formulario OCFS-4436-S: *Informe de incidentes para el cuidado diurno de niños*.



Vías de administración de medicamentos

STAT

El organismo del niño puede absorber el medicamento de diferentes formas. Las formas más frecuentes que el organismo de un niño absorbe el medicamento son: a través de las paredes del estómago y los intestinos, a través de la piel o a través de las paredes de los pulmones. La manera como se toma el medicamento para que pueda ser absorbido por el organismo se llama **vía** de administración del medicamento.

En este curso, usted aprenderá siete formas (vías) de administrar medicamentos:

- En la piel (tópica)
- Por boca (oralmente, incluye aplicaciones tópicas en la boca)
- Mediante inhalación por la boca o la nariz
- Por medio de parches medicados
- Poniéndolo en el oído
- Poniéndolo en el ojo
- Mediante el uso de un autoinyector, como el de EpiPen® o Auvi-QTM, para administrar una inyección de epinefrina con el fin de prevenir una anafilaxia.

Entre las vías *no* cubiertas en esta clase están:

- · Por el recto
- · Por la vagina
- · Por invección

Si un niño que asiste a su programa necesita que le administren un medicamento por vía rectal, vaginal o mediante inyección, necesitará capacitación adicional. Para obtener más información sobre los pasos que necesita realizar antes de poder administrar un medicamento por una vía que no sea una de las mencionadas anteriormente, consulte el Módulo 10.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



Descripción de las vías de administración incluidas en el curso de MAT

-

Vía	Formas del medicamento	¿Qué tan rápido comienza a actuar el medicamento?
1. Los medicamentos de uso tópico se aplican sobre la piel.	Los medicamentos que se aplican sobre la piel pueden ser:	Según el medicamento
2. Los medicamentos orales se administran por boca.	Los medicamentos administrados por boca pueden tener muchas presentaciones, como: • masticables • cápsulas • líquidos	En general, comienzan a actuar a los 30 o 60 minutos. Algunos aspectos que pueden afectar qué tan rápidamente comienza a actuar el medicamento: • Cantidad de alimento en el estómago • Nivel de actividad • Si el medicamento tiene recubrimiento
	 para espolvorear (pequeños gránulos que pueden espolvorearse en los alimentos o en la lengua). Los gránulos pueden venir en pequeños paquetes o en cápsulas que pueden abrirse o verterse. tiras solubles/comprimidos solubles (medicamento que se pone en la lengua o en la boca, donde se disuelve) medicamentos sublinguales (medicamento que se pone debajo de la lengua, donde se disuelve) geles que se frotan en las encías o dentro de la boca 	Rápida absorción; los efectos generalmente se notan en 10 minutos.



Vía	Formas del medicamento	¿Qué tan rápido comienza a actuar el medicamento?
3. Los medicamentos inhalados se aspiran por la nariz o la boca.	Los medicamentos que se aspiran por la nariz pueden administrarse mediante: • aerosol • gotas • nebulizador	En general, comienzan a actuar a los 5 o 10 minutos.
	Los medicamentos que se aspiran por la nariz pueden administrarse mediante: • inhalador, como inhalador de dosis medida o inhalador de polvo seco • nebulizador, una máquina que transforma el medicamento líquido y lo convierte en vapor que puede aspirarse	En general, comienzan a actuar a los 5 o 15 minutos.
4. Los parches medicados son parches que tienen medicamento y que se ponen sobre la piel durante períodos determinados.	El medicamento viene en forma de parche.	Se absorben pequeñas cantidades de medicamento lentamente, en forma controlada y durante un período de tiempo.
5. Los medicamentos para los ojos se ponen en los ojos.	El medicamento que se pone en el ojo puede venir en forma de: • gotas • ungüento	En general, de inmediato
6. Los medicamentos para el oído se ponen dentro del oído.	El medicamento viene en forma de líquido que se introduce en el oído.	Según el medicamento
7. El autoinyector sirve para administrar el medicamento epinefrina a un niño que tiene una reacción alérgica grave.	Este medicamento, epinefrina, viene en un dispositivo autoinyector que le permite administrar una cantidad premedida de medicamento en el cuerpo a través de la piel mediante una aguja.	En general, de inmediato



Tipos de medicamentos

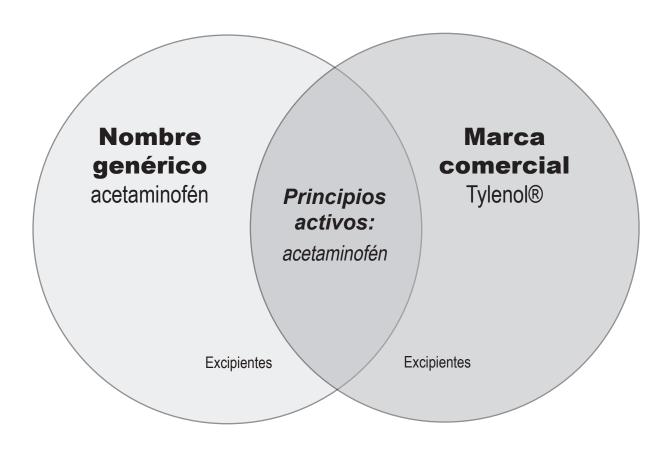
STAT

Tipos de medicamentos	¿Cuál será el aspecto del medicamento?	Ejemplos comunes
De venta libre(sin receta): Medicamentos que puede comprar sin necesidad de que una persona autorizada y con licencia le emita una receta.	Todos los medicamentos de venta libre tienen un aspecto diferente. Las instrucciones de uso de la etiqueta no son específicas para el niño.	Tylenol®, Dimetapp®, Motrin®, ibuprofeno, Benadryl®, tratamientos homeopáticos tal como hierbas y vitaminas
	(Alimentos/productos nutricionales, lociones, bálsamo para labios, vendas con medicamento, ungüentos tópicos, protectores solares, repelentes de insectos y Vaseline® no son considerados medicamentos).	
Recetado: Medicamentos que, para comprarlos en la farmacia, hace falta tener una receta emitida por una persona autorizada y con licencia.	Todos los medicamentos recetados vienen en un envase/ frasco con la etiqueta de la farmacia. La etiqueta de la farmacia es para un niño en especial e incluye instrucciones para la administración del medicamento.	Amoxicilina, albuterol, EpiPen®, Ritalin®, Cortisporin Otic®, Augmentin®
Sustancias controladas: Medicamentos que se consideran que tienen un alto potencial de uso indebido y están regulados por el gobierno federal.	Las sustancias controladas tienen una etiqueta en el envase que avisa que se trata de una sustancia controlada. En general, la etiqueta es naranja o amarilla e incluye la inscripción "sustancia controlada".	Ritalin® y Focalin®
Medicamento de marca comercial: El nombre otorgado al medicamento por la compañía farmacéutica que lo creó.	En la etiqueta, el nombre del medicamento tendrá el símbolo ® pegado al nombre para identificarlo como un medicamento de marca comercial registrada.	Tylenol®, Motrin®, Cipro®, Benadryl®, Ventolin®
Nombre genérico: El nombre del principio activo del medicamento.	En la etiqueta, el nombre del medicamento se especificará como "principio activo".	amoxicilina, acetaminofén, ibuprofeno, difenhidramina, albuterol



Ejemplo de la diferencia que existe entre la marca comercial de un medicamento y su nombre genérico

Tylenol® es un medicamento de marca comercial. El principio activo de Tylenol® es acetaminofén. Si usted compra un medicamento denominado "acetaminofén" en la tienda, está comprando un medicamento genérico. Tanto el medicamento genérico como el de marca comercial tienen el mismo principio activo (acetaminofén); sin embargo, pueden variar un poco entre ellos debido a sus excipientes. **Ver el diagrama.**





Ejercicio: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos

STAT

Estudio de caso 1: Carmen es una niña de tres años que asiste a su programa. Recibe tratamiento por una infección en el oído. Su médico le indicó que tome un antibiótico líquido denominado amoxicilina, administrado por boca durante diez días. Como debe tomar el medicamento tres veces al día, usted le administra una dosis todos los días a las 2 p. m.

Las instrucciones del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* de Carmen le indican que consulte los posibles efectos secundarios en el prospecto. La madre de Carmen le proporciona la siguiente hoja de información sobre medicamentos que recibió en la farmacia:

HOJA DE INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SUSPENSIÓN DE AMOXICILINA 250/5 ML NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las indicaciones de su médico respecto del uso de este medicamento. SE PUEDE TOMAR ESTE MEDICAMENTO con el estómago vacío o con alimentos. PARA QUE LA INFECCIÓN DESAPAREZCA POR COMPLETO, continúe tomando este medicamento durante todo el curso del tratamiento por más que se sienta mejor en pocos días. No se saltee ninguna dosis. SI SE SALTEA UNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómelo tan pronto como sea posible.

PRECAUCIONES: NO TOME ESTE MEDICAMENTO SI HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina o a un antibiótico con cefalosporina. SI TIENE dificultad para respirar o siente tensión en el pecho, se le hinchan los párpados, el rostro o los labios o presenta sarpullido o urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No tome más cantidad de este medicamento que la indicada, a menos que su médico se lo indique.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: Los EFECTOS SECUNDARIOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, incluyen náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si persisten o le causan molestias, consulte a su médico. Es poco probable que este medicamento produzca una REACCIÓN ALÉRGICA; sin embargo, si sufre una reacción alérgica busque atención médica inmediatamente. Los síntomas de una reacción alérgica incluyen: sarpullido, picazón, hinchazón, mareos intensos o problemas para respirar. Si nota otros efectos no mencionados anteriormente, comuníquese con su médico, enfermero o farmacéutico.

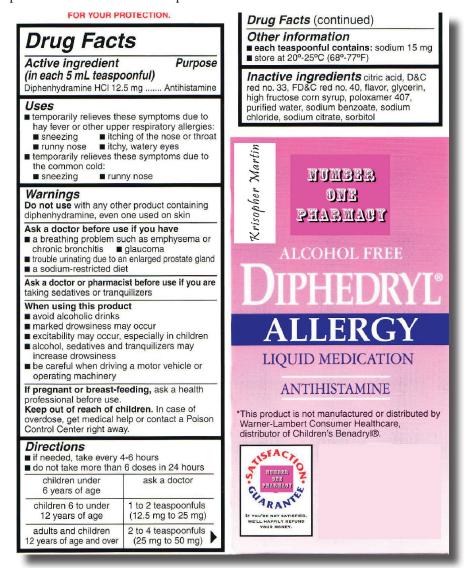
Según el Manual 3.1 y la hoja de información sobre medicamentos de arriba, responda estas preguntas:

- 1. En la Hoja de Información sobre Medicamentos, marque con un círculo los efectos secundarios que Carmen podría padecer a causa de la amoxicilina.
- 2. Carmen le dice que no se siente bien y que le empezó a doler la panza aproximadamente una hora después de que le administró la amoxicilina. ¿Qué debe hacer?



Estudio de caso 2: Kristopher es un niño de cuatro años que está en su programa. Es alérgico al polen, al césped y a los árboles. Sus padres le dieron las instrucciones del médico para darle Diphedryl® (difenhidramina) para ayudar a tratar la picazón ocular y el goteo nasal que tiene.

Las instrucciones del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* de Kristopher le indican que consulte los posibles efectos secundarios en el prospecto. A continuación se encuentra el envase del medicamento que le dio la madre de Kristopher:



Según el Manual 3.1 y el envase del medicamento que aparece más arriba, responda las siguientes preguntas:

- 1. En el envase del medicamento, haga un círculo en los efectos no deseados que Kristopher puede tener a causa de la administración de Diphedryl®.
- 2. Aproximadamente 30 minutos después de administrarle el medicamento a Kristopher, el niño se vuelve hiperactivo y tiene problemas para calmarse, lo que no es usual en él. ¿Por qué piensa que puede pasar esto?

¿Qué debe hacer?_		



Ejercicio: Identificación de los tipos de medicamentos

Instrucciones: responda las preguntas según el envase o la etiqueta del medicamento.

Ejemplo 1



¿Se trata de un medicamento de venta libre o de un medicamento recetado? ¿Cómo se da cuenta?

- 2. ¿Es un medicamento de marca comercial o un medicamento genérico? ¿Cómo se da cuenta?
- 3. ¿Cuál es su principio activo?



Ejemplo 2

Pharmacy Inc. #0012 Tel: 212-555-0102

100 Main Street, Nueva York, NY 10068

Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown Fecha de nac.: 04/06/XX

(718) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)

administrar una dosis (0.15 mg) mediante autoinyección según sea necesario en caso de que se presenten signos de anafilaxia, como: dificultad para respirar, dificultad para tragar, urticaria, pérdida del conocimiento, vómitos intensos, diarrea o calambres abdominales.

Recetado por: Nancy Wallace MD (718) 564-9832

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 1 invector Iniciales farm. reg.:RSL

Surtido el:15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

¿Se trata de un medicamento de venta libre o de un medicamento recetado? ¿Cómo se da cuenta?

2. ¿Es un medicamento de marca comercial o un medicamento genérico? ¿Cómo se da cuenta?



Ejercicio: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos RESPUESTAS

STAT

Estudio de caso 1:Carmen es una niña de tres años que asiste a su programa. Recibe tratamiento por una infección en el oído. Su médico le indicó que tome un antibiótico líquido denominado amoxicilina administrado por boca durante diez días. Como debe tomar el medicamento tres veces al día, usted le administra una dosis todos los días a las 2 p. m.

Las instrucciones del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* de Carmen le indican que consulte los posibles efectos secundarios en el prospecto. La madre de Carmen le proporciona la siguiente hoja de información sobre medicamentos que recibió en la farmacia:

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SUSPENSIÓN DE AMOXICILINA 250/5 ML NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las indicaciones de su médico respecto del uso de este medicamento. ESTE MEDICAMENTO PUEDE TOMARSE con el estómago vacío o con alimentos. PARA QUE LA INFECCIÓN DESAPAREZCA POR COMPLETO, continúe tomando este medicamento durante todo el curso del tratamiento por más que se sienta mejor en pocos días. No se saltee ninguna dosis. SI SE SALTEA UNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómelo tan pronto como sea posible.

PRECAUCIONES: NO TOME ESTE MEDICAMENTO SI HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina o a un antibiótico con cefalosporina. SI TIENE dificultad para respirar o siente tensión en el pecho, se le hinchan los párpados, el rostro o los labios o presenta sarpullido o urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No tome más cantidad de este medicamento que la indicada, a menos que se lo indigue su médico.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: Los EFECTOS SECUNDARIOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, incluyen náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si persisten o le causan molestias, consulte a su médico. Es poco probable que este medicamento produzca una REACCIÓN ALÉRGICA; sin embargo, si sufre una reacción alérgica busque atención médica inmediatamente. Los síntomas de una reacción alérgica incluyen: sarpullido, picazón, hinchazón, mareos intensos o problemas para respirar. Si nota otros efectos no mencionados anteriormente, comuníquese con su médico, enfermero o farmacéutico.

Según el Manual 3.1 y la hoja de información sobre medicamentos de arriba, responda estas preguntas:

1. En la Hoja de información sobre medicamentos, marque con un círculo los efectos secundarios que Carmen podría padecer a causa de la amoxicilina.



2. Carmen le dice que no se siente bien y que le empezó a doler la panza aproximadamente una hora después de que le administró la amoxicilina. ¿Qué debe hacer?

Consulte el Formulario de Consentimiento para Medicamentos de Carmen para

conocer las instrucciones del proveedor de atención médica (casilla 9 del formulario). Además,

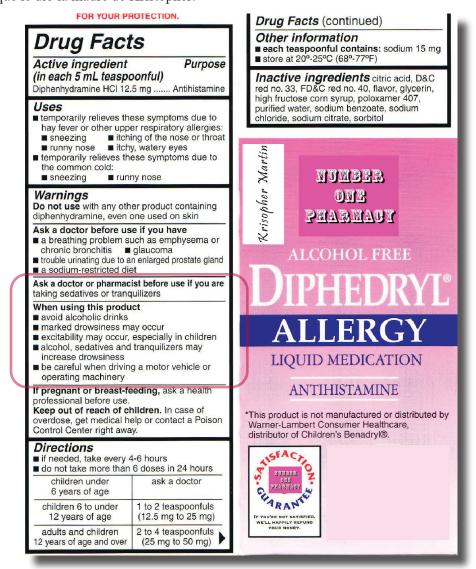
comuníquese con los padres de Carmen y escriba en su Registro de Administración de

Medicamentos (en la columna de Efectos Secundarios) que Carmen siente malestar estomacal.



Estudio de caso 2: Kristopher es un niño de cuatro años que está en su programa. Es alérgico al polen, al césped y a los árboles. Sus padres le dieron las instrucciones del médico para darle Diphedryl® (difenhidramina) para ayudar a tratar la picazón ocular y el goteo nasal que tiene.

Las instrucciones del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* de Kristopher le indican que consulte los posibles efectos secundarios en el prospecto. A continuación se encuentra el envase del medicamento que le dio la madre de Kristopher:



Según el Manual 3.1 y el envase del medicamento que aparece más arriba, responda las siguientes preguntas:

1. En el envase del medicamento, haga un círculo en los efectos no deseados que Kristopher puede tener a causa de la administración de Diphedryl®.



Respuestas 3.1

vuelve hiperactivo y tiene problemas para calmarse. ¿Por qué piensa que puede pasar esto? Es posible que se trate de un efecto secundario del medicamento. ¿Qué debe hacer? Consulte el Formulario de Consentimiento para Medicamentos de Kristopher para conocer las instrucciones del proveedor de atención médica (casilla 9 del formulario). Comuníquese con los padres de Kristopher y sugiérales que se comuniquen con el médico. Además, debe indicar en su Registro de Administración de Medicamentos (en la columna de Efectos Secundarios) el efecto secundario que usted vio y anotar que usted se comunicó con sus padres.

2. Aproximadamente 30 minutos después de administrarle el medicamento a Kristopher, el niño se



Ejercicio: Identificación de los tipos de medicamentos RESPUESTAS

TAT

Instrucciones: responda las preguntas según el envase o la etiqueta del medicamento.

Ejemplo 1



- ¿Se trata de un medicamento de venta libre o de un medicamento recetado? ¿Cómo se da cuenta? Medicamento de venta libre. No tiene una etiqueta de la farmacia. Las instrucciones no son específicas para un niño determinado. Puede comprarlo en la farmacia sin necesidad de una receta firmada por una persona autorizada y con licencia para emitir recetas médicas.
- 2. ¿Es un medicamento de marca comercial o un medicamento genérico? ¿Cómo se da cuenta? Marca comercial. El envase dice Tylenol y tiene el símbolo ® al lado del nombre.
- 3. ¿Cuál es su principio activo? Acetaminofén



Ejemplo 2

Pharmacy Inc. #0012 Tel: 212-555-0102

100 Main Street, Nueva York, NY 10068

Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown Fecha de nac.: 0/0/XX

(718) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)

administrar una dosis (0.15 mg) mediante autoinyección según sea necesario en caso de que se presenten signos de anafilaxia, como: dificultad para respirar, dificultad para tragar, urticaria, pérdida del conocimiento, vómitos intensos, diarrea o calambres abdominales.

Recetado por: Nancy Wallace MD (718) 564-9832

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 1 invector Iniciales farm. reg.:RSL

Surtido el:15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

¿Se trata de un medicamento de venta libre o de un medicamento recetado? ¿Cómo se da cuenta? Medicamento recetado. El envase del medicamento tiene una etiqueta de la farmacia y es para un niño en especial, Michael Brown.

2. ¿Es un medicamento de marca comercial o un medicamento genérico? ¿Cómo se da cuenta?

Medicamento de marca comercial. El nombre del medicamento, EpiPen, tiene el símbolo ® pegado al nombre.



¿Qué permisos e instrucciones necesito para administrar el medicamento?

STAT

Todas las personas que cuiden niños pueden administrar lo siguiente con el permiso escrito de los padres del niño:

- Protector solar
- Repelentes de insectos de uso tópico
- Ungüentos tópicos de venta libre (como ungüentos, cremas, geles y lociones).

Si las instrucciones del envase indican que se debe consultar a un médico o si las instrucciones provistas por los padres no coinciden con las instrucciones en la etiqueta, necesitará instrucciones escritas del proveedor de atención médica del niño antes de administrar el medicamento.

Usted debe tener el permiso **escrito** de los padres e instrucciones **escritas** del proveedor de atención médica del niño antes de administrar cualquier medicamento.

- El permiso y las instrucciones deben estar en el(los) idioma(s) en que usted puede leer y escribir.
- Los padres y los proveedores de atención médica deben renovar el permiso y las instrucciones escritos, una vez cada seis meses como mínimo para niños menores de cinco (5) años y una vez por año para niños de cinco (5) años o mayores.
- Puede aceptar permisos e instrucciones escritos enviados por fax como consentimientos.
- Todos los permisos e instrucciones escritos deben incluirse en el *Formulario de Consentimiento* para Medicamentos de la OCFS.

El formulario OCFS-6010-S: Formulario de Consentimiento para Administrar Productos que No Son Medicamentos, está disponible para usarse únicamente para este propósito. El formulario está disponible en el portal de la OCFS (www.ocfs.ny.gov).

El Plan de Atención Médica de su programa describe las políticas y los procedimientos que usted *debe* seguir cuando administre medicamentos. Consulte con el plan de atención médica de su programa para controlar:

- Si su programa ha creado su propio formulario de permisos e instrucciones.
- Si puede aceptar permisos e instrucciones escritos no emitidos sobre la base de un equivalente preaprobado del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* de la OCFS. La información escrita debe incluir:
 - ♦ Nombre y apellido del niño
 - ♦ Fecha de nacimiento
 - ♦ Alergias conocidas (KA, por sus siglas en inglés)
 - ♦ Nombre del medicamento (con la concentración)
 - ♦ Dosis del medicamento
 - ♦ Vía de administración
 - ♦ La frecuencia con la que se administra el medicamento o qué síntomas debe tener el niño para que se le administre el medicamento
 - ♦ Posibles efectos secundarios o efectos secundarios adicionales

continúa en la página siguiente



- ♦ Medidas que se deben tomar si se observan efectos secundarios
- ♦ Instrucciones especiales mediante el prospecto o instrucciones especiales adicionales
- ♦ El motivo por el cual el niño toma el medicamento (a menos salvo que sea confidencial según la legislación)
- ♦ ¿Tiene el niño Necesidades de Atención Especiales según la definición de la OCFS?
- ♦ ¿Implica un cambio de una indicación médica previa?
- ♦ Fecha cuando la persona que emitió la receta autorizó la administración
- ♦ Fecha cuando debe discontinuarse la administración
- ♦ Nombre, teléfono y firma de la persona encargada de emitir recetas médicas, autorizada y con licencia

Excepciones para permisos e instrucciones

Si su plan de asistencia médica lo permite, usted puede aceptar un permiso verbal en las siguientes circunstancias:

- 1. En el caso de niños menores de dieciocho (18) meses de edad, los medicamentos recetados, medicamentos orales de venta libre, parches medicados y gotas o aerosoles nasales, para ojos y oídos, pueden ser administrados por un proveedor de cuidado por sólo un día, con permiso verbal de los padres e instrucciones verbales directamente del proveedor de atención médica o persona encargada de emitir recetas médicas, autorizada y con licencia. Si los medicamentos recetados, medicamentos orales de venta libre, parches medicados y gotas o aerosoles nasales, para ojos y oídos se deben administrar el siguiente día o de forma continua, es necesario tener el permiso escrito de los padres y el proveedor de atención médica debe haber dado instrucciones escritas al proveedor de cuidado antes de dicha administración.
- 2. En el caso de niños de dieciocho (18) meses de edad en adelante, a los medicamentos recetados, medicamentos orales de venta libre, parches medicados y gotas o aerosoles nasales, para ojos y oídos, los puede administrar un proveedor de cuidado, con permiso verbal de los padres *únicamente por un día*.

Un proveedor de cuidado no puede administrar medicamentos a ningún niño bajo cuidado si las instrucciones de los padres difieren de las instrucciones del envase del medicamento hasta que el proveedor de cuidado infantil reciba el permiso de un proveedor de atención médica o persona encargada de emitir recetas médicas, autorizada y con licencia sobre cómo administrar el medicamento.

• El proveedor de cuidado debe notificar de inmediato a los padres si no administrará el medicamento por la discrepancia entre las instrucciones relacionadas con la administración del medicamento.

Aceptación de instrucciones verbales:

Consulte el plan de salud de su programa para verificar si puede aceptar permisos e instrucciones verbales. Si acepta permisos e instrucciones verbales, use el *Formulario de Consentimiento Verbal para Medicamentos y Registro de Administración de Medicamentos* de la OCFS y anote todas las dosis que le administre al niño sólo por ese día.

Puede aceptar únicamente instrucciones verbales por parte de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica, o enfermero registrado en nombre del médico, asistente del médico o enfermero con práctica médica que atienden al niño. Ver el Manual 4.6



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)

	2. Fecha de	nacimiento:	3. Alergias con	ocidas del niño(a):
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):		antidad/dosis a dar	se:	6. Vía de administración:
A. Frecuencia de administración:	I			
O 7B. Identique los síntomas que requerirán la adn con parámetros medibles):				ben ser observables y si es posibl
BA. Posibles efectos secundarios:	rmante del paqu	iete para la lista co	empleta de los efe	ectos secundarios posibles
(10				
BB: Efectos secundarios adicionales:				
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de				
☐ Contactar al padre/madre ☐ Otra (describa):	☐ Contactar	al proveedor de cu	idado de la saluc	l al número de teléfono de abajo.
Y/O 10B. Instrucciones especiales adicionales: (Inclumedicamentos que el niño(a) esté tomando o preniño(a), alergias o cualquier condición preexister	eocupaciones co te. También des	n respecto al uso (ccriba situaciones (del medicamento en las que no se d	en lo que respecta a la edad del debe administrar medicamentos).
1. Razón del medicamento (a menos que sea c	onfidencial por le	эу):		
dure 12 meses o más y que requiera servicios de equieren generalmente?	e salud o relacio	nados a la salud d		
lure 12 meses o más y que requiera servicios de equieren generalmente? ☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, 3. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de e	e salud o relacion en el reverso de ste formulario de	este formulario.	e un tipo o cantida eferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
lure 12 meses o más y que requiera servicios de equieren generalmente? ☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, ☐ 3. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de e que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia e	e salud o relacion en el reverso de ste formulario de en el que el med	nados a la salud di este formulario. e consentimiento re icamento debe ad	e un tipo o cantida eferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
dure 12 meses o más y que requiera servicios de equieren generalmente? No Si Si marcó si, complete #33 - #35, i 3. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de eque se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia i No Si Si marcó "sí," complete #34 - #35	e salud o relacion en el reverso de ste formulario de en el que el med o en el reverso d	este formulario. e consentimiento reicamento debe ad e este formulario.	e un tipo o cantida eferente a órdene ministrarse?	ad que exceda lo que los niños
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condure 12 meses o más y que requiera servicios de equieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, and si serviciones de eque se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia and si serviciones de eque se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia and si serviciones de eque se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia and si serviciones de la persona del proveedor de cuida and si serviciones de la persona licenciada autorizara profetra de imprenta):	e salud o relacion en el reverso de ste formulario de en el que el med o en el reverso d ado de la salud:	este formulario. e consentimiento reicamento debe ad e este formulario. 15. Fecha de di	e un tipo o cantida eferente a órdene ministrarse? scontinuación o d	ad que exceda lo que los niños



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23) 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (Por ejemplo, ¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?). Si NIA		DE CONSENT			EDICAMENTOS			
19. Si se completa la Sección #7A, jindican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (*Por ejemplo, ¿escaribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?): SI NA	PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL							
All Complete State Section (#31 - #32) si est provisto in programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.): 20. Yo, padrefmadre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se específica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]): 21. Nombre del padrefmadre (letra de imprenta): 22. Fecha de la autorización: 23. Firma del padrefmadre (letra de imprenta): 24. Fecha de la autorización: 25. Fecha de la autorización: 25. Fecha de la autorización: 26. No. de teléfono del programa: 26. No. de 10 del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: 29. Fec								
Indique la(s) hora(s) especifica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.): 20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se específica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): 21. Nombre del padre/madre (letra de imprenia): 22. Fecha de la autorización: 23. Firma del padre/madre X PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 24. Nombre del programa: 25. No de 1D del establecimiento: 26. No de telefono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #38 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: / / 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado et / / ((echa) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niĥo(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuerio ade administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que esta ordina de la cimina de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribi:					dministrar los medicamentos? (<i>Por ejemplo</i> ,			
20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se específica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]). 21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta): 22. Fecha de la autorización: 23. Firma del padre/madre (letra de imprenta): 24. Nombre del programa: 25. No. de ID del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar est medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (letra) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 29. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 30. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. 36. FIRMA del personal autorizado con licencia para prescribicio.								
21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta): 22. Fecha de la autorización: X PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 24. Nombre del programa: 25. No. de ID del establecimiento. 26. No. de teléfono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31-#32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (Incurso que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diumo necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. ECHA: / / / / Al Completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) qu	ie el programa de cui	dado diurno infa	antil debe a	administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):			
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 24. Nombre del programa: 25. No. de ID del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #38 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (fetra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: 7 / 7 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31-#32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: 7 / ((echa)) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diumo necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	formulario (nombre del niño[a]):							
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 24. Nombre del programa: 25. No. de ID del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (recha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la efiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	21. Nombre del padre/madre (letra de impre	enta):	1	e la autoriz	ación:			
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: / / / 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: / / (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	·							
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: // / 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: // (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la efiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO D	EBE COMPLETAR	R ESTA SECO	IÓN (#24	l - #30)			
administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 28. Nombre del personal (letra de imprenta): 29. Fecha recibida del padre/madre: / / / 30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31-#32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: / / (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	24. Nombre del programa:	25. No. de ID del es	stablecimiento:		26. No. de teléfono del programa:			
30. Firma del personal: X SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31-#32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:					·			
SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31-#32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: / / (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.	28. Nombre del personal (letra de imprenta)	:			•			
SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: / / (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	· ·							
Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#		DRE/MADRE	SOLICITA	A DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO			
Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	31. Yo, padre/madre, solicito que el medicar	mento indicado en est	te formulario se	a discontir				
PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:		ado, yo entiendo que	si mi hijo(a) red	quiere este	` '			
33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	·							
a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	PERSONAL AUTORIZADO CON LICEI	NCIA PARA PRES	CRIBIR COM	PLETA #	33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO			
frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	1 ' '	l, procedimientos o co	ompetencias qu	ie el perso	nal de cuidado diurno necesitará para cuidar			
frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:								
frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: / / Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:								
instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:	frecuencia de administración hasta que la pre está ordenando que el cambio se lleve a cab	escripción previa del i	medicamento s	e termine d				
	1	_			en este formulario y <u>no</u> seguirá las			
	· ·	a para prescribir:						



Abreviaturas médicas frecuentes

TAT

Abreviaturas	Significado
C	antes
ac	antes de las comidas
bid, BID	dos veces al día
C	con
cc	centímetros cúbicos
dc'd	interrupción, discontinuación
gtt	gotas
Gm, gm, g	gramos
hr, H	hora
hs, HS	hora de ir a dormir
kg	kilogramo
mcg	microgramos
mg	miligramo
ml	mililitro
NKA	sin alergias conocidas
NKDA	sin alergias conocidas documentadas
OD (por sus siglas en inglés)	ojo derecho
OS ,	ojo izquierdo
OU	cada ojo
onzas	onzas
p	después, pasado
рс	después de las comidas
per	por
ро	por boca
prn	según sea necesario
Р	cada/todos
qd	todos los días
qid, QID	cuatro veces al día
qod, QOD	día por medio
<u>s</u>	sin
i	uno
ii	dos
iii	tres
tbsp., T	cucharada
tid, TID	tres veces al día
tsp, t	cucharadita

Las instrucciones de los medicamentos deben ser explicadas al detalle y no deben utilizarse abreviaturas. Si usted no comprende nada de lo que se indica en el formulario de consentimiento de medicamento, debe recibir instrucciones claras antes de poder administrar el medicamento.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



OCFS-LDSS-7004-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Los proveedores de cuidado pueden usar este formulario o un documento equivalente aprobado para documentar los medicamentos administrados en el programa de cuidado diurno.
- La documentación se debe mantener con el formulario de consentimiento de medicamentos escrito para el niño.
- Debe documentarse cualquier dosis del medicamento listado abajo que no fue administrado.

NOMBRE DEL NIÑO(A): MEDICAMENTO: (incluyendo la dosis)

		IPLETE PARA TOI		COMPLETE AL I		COMPLETE SÓLO PARA MEDICAME LA NECESIDAD"	NTOS "SEGÚN
Fecha Dada (M/D/A)	Dosis	Hora (AM o PM)	Administrada por (firma completa)	Cualquier efecto secundario notado	¿Se notificó a los padres sobre los efectos secun- darios?	Para medicamentos dados "según la necesidad", escriba los síntomas que exhibió el niño que requirió el medicamento	¿Se notificó a los padres sobre los medicamen- tos dados "según la necesidad"?
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No



OCFS-LDSS-7004-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

	□ Sí □ No	
	Sí No	
	Sí No	
	□ No	
	Sí No	
	Sí No	
	□ Sí □ No	
	. —	
otas:		
		·
	_	



Buena documentación

STAT

Debe mantener un registro de todos los medicamentos administrados en su programa. Cuando anote todos los medicamentos que administra en su programa, ayuda a evitar errores en la administración de medicamentos, que incluyen que un niño se saltee una dosis de medicamento o que reciba dos dosis accidentalmente.

A continuación se incluyen algunos consejos para una buena documentación:

- Use un Registro de Administración de Medicamentos para cada medicamento que reciba el niño.
- Escriba con tinta.
- Anote todos los medicamentos que administra inmediatamente después de administrar el medicamento al niño.
- Registre siempre la fecha y la dosis que administró, a qué hora lo hizo y firme el registro.
- Si administró un "medicamento que se da en caso de necesidad", cerciórese de especificar el motivo por el cual lo hizo y si notificó a los padres del niño.
- Anote en el registro del niño cualquier efecto secundario que observe y que notificó a sus padres.
- Si no se administró un medicamento, especifique el motivo.
- Anote todos los medicamentos que el niño haya recibido en su hogar antes de llegar al establecimiento.
- Si un familiar concurre a su programa para administrarle el medicamento al niño, debe anotar quién le administró el medicamento, la dosis y la hora cuando el familiar lo administró.
- Si comete un error cuando anota el medicamento que le administró al niño, tache la información incorrecta con una sola línea, escriba "error" e incluya sus iniciales al lado, luego escriba la información correcta.

Por ejemplo, Dosis: Dos gotas Error MW

Dosis: Una gota

NO use líquido corrector.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



OCFS-LDSS-7003-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VERBAL Y ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO

Los proveedores pueden usar este formulario o uno equivalente para documentar cuando un padre/madre solicitó que se administre un medicamento, pero no proveyó instrucciones escritas de la persona autorizada para prescribir.

El medicamento autorizado en este formulario es válido por un día solamente. Este formulario de consentimiento no autoriza la administración del medicamento indicado abajo por varios días.

			T = -
1.Nombre y apellido del niño(a):	Nombre del medicamento	(incluyendo su dosis)	: 3. Cantidad/dosis a administrarse:
4.5	E European Control	so to out we take pour action was	
Ruta de administración:	5. Frecuencia	a de administración pa	ra noy unicamente:
6A. Posibles efectos secundarios: Vea obtenerse del paquete del medicamento o		una lista completa de	posibles efectos secundarios (debe
Y/O			
6B: Efectos secundarios adicionales:			
7 : Oué agaién debaría tamar al programa	ri sa natan afaataa aaayndaria	-2	
 ¿Qué acción debería tomar el programa : Contacte al padre/madre. 	si se notan electos secundano	5 f.	
Contacte al que prescribe el medic	amento llamando al número d	e teléfono provisto	
Otro (describa):	arriorito, narrarrao ar tramero e	o tololollo provioto.	
00 L L L L L L L L L L L L L L L L L L		P. T	
8A. Instrucciones especiales: Vea el infedel paquete del medicamento o del informa		lista completa de instr	ucciones especiales (debe obtenerse
Y/O			
8B. Instrucciones especiales adicionales: (In medicamentos que el niño(a) esté recibiend del niño(a), alergias o cualquier condición p	o o preocupaciones con respe reexistente.	cto al uso del medicar	
También describa situaciones en las que el	medicamento no debena ser a	iaministrado.	
O Nissahari dali sassa da (a)	TAO NICOSO DO BODO CARROS	Lage Lag NIC	
9. Nombre del proveedor(a):	10. Número de licencia/regis	tro: 11. Nu	mero de teléfono del programa:
12. Yo,	recibí permiso	de verbal de	(a - due (a - due del ei (a - c -))
(nombre del proveedor(a) de	cuidado)		(padre/madre del niño(a))
para administrar el medicamento el	I - I .		
(fech:	a autorizada para darse)		
Las instrucciones que recibi del padre/madr instrucciones no emparejan, he recibido ins autorizada para prescribir.			



OCES-I DSS-7003-S (5/2014) DEVERSO

PROVEEDOR(A) DE S		SENTIMIENTO M	IÉDICO VERBAL REQU	JIRIENDO INSTRUCCIONES DEL
Además del consentimi	ento del padre/madre,			recibí instrucciones verbales de
	 	(nombre del pro	veedor(a) de cuidado)	
			(marqu	ue la casilla de abajo que se aplique).
☐ Médico				
☐ Asistente de				
	Practicante (NP)	المراجعة المراجعة المراجعة	(#=(=) DA = ND	
☐ Entermera(o) Registrada(o) en nombre	dei medico dei ni	ino(a), PA o NP	
para administrar el med	licamento de arriba el			
		(fecha	autorizada para darse)	
	proveedor(a) de salud enví			escrito.
14. Nombre del licencia	ido(a) para prescribir (medi	CO, PA 0 NP):	15. Numero de telefono	dei licenciado(a) para prescribir:
16. Yo he verificado qu	e las secciones #1 - #15 es	stán completas.	Mi firma indica que toda	a la información necesaria para administrar
	guridad ha sido provista al	•	X 00 110 C C C C C C C C C C C C C C C C	<u> </u>
17. Nombre del proveed	dor(a) de cuidado (en letra	de imprenta):	18. Fecha de recibo:	
19. Firma del proveedo	r(a) de cuidado:			
THEORET STATES AND THE STATES AND TH	itay ac caladac.			
X				
X Fecha de Administración	Medicamento	Dosis	Hora de Administración	Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
X Fecha de		Dosis		Firma del Proveedor(a) de Cuidado
Fecha de Administración	Medicamento		Administración	Firma del Proveedor(a) de Cuidado
Fecha de Administración	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	
Fecha de Administración	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	Firma del Proveedor(a) de Cuidado
Fecha de Administración	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	
Fecha de Administración ECONOCIMIENTO DEL /o, padre/madre, di per	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	
Fecha de Administración ECONOCIMIENTO DEL (o, padre/madre, dí per / (fecha)	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	
Fecha de Administración ECONOCIMIENTO DEL (o, padre/madre, dí per / (fecha)	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	
Fecha de Administración ECONOCIMIENTO DEL (o, padre/madre, di per	Medicamento CONSENTIMIENTO VER	BAL POR EL PA	Administración ADRE/MADRE	



Almacenamiento de medicamentos

MAT

Cuando decida dónde guardar el medicamento, cerciórese de que el lugar que elija en su programa sea para:

Medicamentos generales

- Un lugar limpio y seguro al que los niños no pueden acceder (inaccesible).
- Un lugar fresco, seco y oscuro, salvo que las indicaciones especifiquen algo distinto.

Medicamentos de emergencia

- En un lugar cerca del niño para que pueda alcanzarlo rápido.
- Puede decidir si el mejor lugar es:
 - ♦ su bolsa de emergencia o
 - ♦ una mochila que use.

Su plan de de atención médica incluirá los lugares donde guardará los medicamentos de su programa. Puede designar más de un lugar. Si cambia el lugar donde almacena los medicamentos, debe actualizar su plan de atención médica y hacer que todo el personal apropiado conozca el nuevo lugar.

Medicamentos refrigerados

- Si guarda medicamentos en su refrigerador de alimentos, debe mantenerlos separados de los alimentos y en un recipiente hermético. Un recipiente hermético es un recipiente que cuando se da vuelta y se agita, no deja que se derrame líquido.
- Si tiene un refrigerador separado que usa sólo para medicamentos, cerciórese de que tenga un cierre de seguridad o que esté fuera del alcance de los niños.
- Mantenga el refrigerador a una temperatura entre 36 y 46 °F.
- Si su programa tiene un corte de energía eléctrica o su refrigerador deja de funcionar, llame a su farmacia local y siga sus recomendaciones respecto del uso de los medicamentos conservados en el refrigerador.

Sustancias controladas

- Almacenamiento en un lugar bajo llave con acceso limitado.
- Siempre cuente la cantidad de píldoras o registre la cantidad de líquido que tiene el frasco cuando los padres le proporcionen el medicamento.
- Lleve una cuenta continua diaria, si más de un miembro del personal administra medicamentos o tiene acceso al lugar de almacenamiento seguro.
- Cuente la cantidad de píldoras o anote la cantidad de líquido que quede en el frasco cuando devuelva el medicamento a los padres.



Eliminación el medicamento

Si el medicamento ha vencido, se ha interrumpido su administración o ha vencido el consentimiento, devuelva el medicamento a los padres.

Si no puede devolverles el medicamento a los padres, siga las siguientes pautas:

- Saque el medicamento de su envase original.
- Mezcle el medicamento con una sustancia indeseable, tal como borra de café o arena higiénica para gatos. La Asociación Farmacéutica Americana recomienda primero moler o disolver el medicamento en agua.
- Ponga el material en un recipiente hermético, como una lata vacía o una bolsa plástica sellada.
- Tire el envase a la basura.
- Deseche el medicamento en el inodoro únicamente si el envase o el prospecto indican que es seguro hacerlo.

Reserva de medicamentos

Su programa puede conservar un suministro de determinados medicamentos de venta libre que no están indicados para un niño en especial, pero que pueden usarse si un niño lo necesita mientras recibe cuidados. Para almacenar los medicamentos en reserva, se deben seguir las mismas pautas que se aplican al almacenamiento de medicamentos para un niño específico.

Los programas que participan en el Programa de Fluoruro del Departamento de Salud del Estado de Nueva York pueden almacenar comprimidos de fluoruro no específicamente para un niño determinado, que hayan sido suministrados por el DOH.

Los programas de cuidado infantil que mantienen existencias y administran medicamentos que no están destinados a un niño específico deben tener una política establecida para los medicamentos de venta libre antes de empezar a mantener en reserva cualquier medicamento de venta libre. La política de medicamentos de venta libre en reserva debe abordar el almacenaje seguro y la administración adecuada de los medicamentos de venta libre que se tienen en reserva y debe tratar la necesidad de

Los programas situados en un radio de 10 millas de una instalación de energía nuclear (por ejemplo, Indian Point) y cuyo personal haya completado la capacitación apropiada pueden almacenar yoduro de potasio (KI) para usarlo únicamente según las indicaciones del sistema de notificación de emergencias en su área. El yoduro de potasio es un medicamento de venta libre, lo que significa que se dará a todos los niños a menos que uno de los padres haya completado el formulario OCFS-4411-S: Formulario para Rehusar o No Optar por el Yoduro de Potasio (KI) en el que pida que no se le dé.

prácticas estrictas de control de infecciones en lo que atañe a los medicamentos en reserva.

- Los medicamentos en reserva se deben mantener en un lugar limpio que sea inaccesible para los niños y todo medicamento en reserva debe guardarse separado de los medicamentos específicos para un niño.
- Los medicamentos en reserva deben mantenerse en el envase original y deben tener la siguiente información en la etiqueta o en el prospecto:
 - Nombre del medicamento,
 - Razones para usarlo,
 - Instrucciones de uso, inclusive la forma de administración,



- Instrucciones de las dosis,
- Posibles efectos secundarios o reacciones adversas,
- Advertencias o condiciones bajo las que no es recomendable administrar el medicamento y
- Fecha de vencimiento.
- Los programas de cuidado infantil que almacenen medicamentos de venta libre, que no están
 en empaques de una sola dosis, deben contar con un mecanismo separado para administrar el
 medicamento a cada niño que lo necesite.
- Después de que se haya usado un dispositivo para un niño específico bajo cuidado, se debe desechar ese dispositivo específico o se puede volver a utilizar exclusivamente para ese niño específico y se le debe poner una etiqueta con el nombre y apellido del niño.
 - El programa debe incluir el procedimiento indicado en la política de medicamentos de venta libre en reserva para dispensar el medicamento desde el envase al dispositivo o administrarlo directamente al niño sin contaminar el medicamento en reserva.
- Todos los medicamentos en reserva se deben administrar mediante las técnicas de mejores prácticas de acuerdo con las instrucciones de uso del envase del medicamento.
- Los programas de cuidado diurno no pueden tener medicamentos recetados en reserva.





Aceptación del medicamento

STAT

Siga los pasos que se incluyen a continuación cada vez que reciba un medicamento de los padres. Si no puede completar el paso, infórmeles a los padres que no puede aceptar el medicamento y dígales lo que deben hacer para que usted pueda darle el medicamento al niño.

	Siga los siguientes pasos	√ para cada paso finalizado
1.	El medicamento está etiquetado con el nombre completo del niño.	
	• En el caso de los medicamentos recetados, la etiqueta de la farmacia se adjunta al envase y es legible. En caso de ser necesario, los padres también le proporcionan los utensilios especiales de administración, como una cuchara de dosificación o una jeringuilla oral, con el nombre completo del niño. Ver el Manual 4.9.	
2.	La fecha de vencimiento está en el envase del medicamento y el medicamento todavía no ha vencido.	
3.	Cuenta con instrucciones por escrito proporcionadas por el proveedor de atención médica.	
	 Las instrucciones están completas, pueden comprenderse y están firmadas por el proveedor de atención médica. 	
	• Si el proveedor de atención médica no incluyó una fecha específica en el recuadro 7A, por ejemplo, 1:00 p. m., cerciórese de que los padres incluyan la hora específica de administración en el recuadro 19.	
	 Consulte el Manual 4.1 para saber qué hacer si los padres no tienen instrucciones escritas. 	
4.	Tiene permiso escrito de los padres.	
	 Consulte el Manual 4.1 para saber qué debe hacer si los padres no pueden firmar el formulario. 	
5.	Las instrucciones especificadas en la etiqueta y el envase del medicamento coinciden con las instrucciones del <i>Formulario de Consentimiento para Medicamentos</i> .	
	 Consulte el Manual 4.10 para obtener más información acerca de cómo proceder si la etiqueta no coincide. 	
6.	Complete la sección Programa de Cuidado Infantil Diurno incluida en el <i>Formulario de Consentimiento para Medicamentos</i> e infórmele a los padres que acepta administrarle el medicamento al niño.	
7.	Ponga el medicamento en el lugar de almacenamiento seguro o en el refrigerador.	
	Cerciórese de que se trate del mismo lugar de almacenamiento seguro que especificó en el plan de salud.	

La tabla continúa en la página siguiente



Siga los siguientes pasos	para cada paso finalizado	
(Continuación de la tabla de la página anterior)		
8. Haga un <i>Registro de Administración de Medicamentos</i> para el medicamento del niño.		
9. Archive el <i>Formulario de Consentimiento para Medicamentos</i> , los prospectos o los folletos de farmacia, así como el <i>Registro de Administración de Medicamentos</i> juntos en un lugar donde pueda consultar los formularios todos los días.		



Utensilios de administración y requisitos para el etiquetado de los medicamentos

TATAT

Requisitos de los medicamentos de venta sin receta

Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original y llevar una etiqueta que indique el nombre y apellido del niño.

Requisitos de la etiqueta de los medicamentos recetados

Los medicamentos recetados deben estar en un envase con seguridad para niños. Debe tener la etiqueta original de la farmacia que incluya lo siguiente:

- 1. Nombre y apellido del niño
- 2. Nombre del medicamento
- 3. La frecuencia de administración del medicamento
- 4. Dosis del medicamento
- 5. Fecha cuando se interrumpirá la administración del medicamento (fecha de discontinuación) o la cantidad de días que se administrará, si corresponde
- 6. El nombre del proveedor de atención médica que recetó el medicamento
- 7. El nombre y el teléfono de la farmacia
- 8. La fecha en que se despachó el medicamento recetado
 - **Pharmacy Inc.** #0012 **Tel: 212-555-0102** 100 Main Street, Nueva York, NY 10068

José Martínez Fecha de nacimiento: 30/11/XX

(718) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

2 Amoxicilina 250 mg Comprimidos

Dar un comprimido por boca a las 10 a. m. y a las 2 p. m. Discontinuar después de 14 días.

Recetado por: Nancy Wallace MD (718) 564-9832 221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 30 Iniciales farm. reg.:RSL

8 Surtido el:15/7/XX Fecha de orig: 15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX

Medicamento de muestra

Los medicamentos de muestra no son dispensados por una farmacia, por lo tanto, no tienen una etiqueta de la farmacia. Las muestras de medicamentos entregadas por el proveedor de atención médica deben tener una etiqueta adecuada que incluya la misma información exigida para las etiquetas de farmacias. Los padres deben estar al tanto de estos requisitos para que el proveedor de atención médica pueda etiquetar las muestras con la información exigida.





La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento

-

La información de la etiqueta del medicamento debe coincidir exactamente con la información incluida en *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* del niño.

Sin embargo, si su Plan de Atención Médica aprobado lo permite, para realizar cambios en las instrucciones, puede administrar el medicamento en el envase etiquetado original cuando los únicos cambios realizados por el proveedor de atención médica son:

- dosis y
- hora o frecuencia.

Si su Plan de Atención Médica indica que usted puede aceptar cambios en la dosis, la hora o la frecuencia, su programa debe informar al personal aprobado para administrar medicamentos, tanto verbalmente como por escrito, que las instrucciones en la etiqueta de la farmacia no coinciden con las instrucciones que escribió el proveedor de atención médica.

Una manera de hacerlo es poniendo una etiqueta adhesiva de color en el medicamento del niño cerca de la etiqueta de la farmacia. De esta forma, usted sabrá que cualquier etiqueta de farmacia que esté marcada con una etiqueta adhesiva no tiene la información actualizada y que deberá seguir las instrucciones del *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* del niño.

Además, el proveedor de atención médica debe escribir en el formulario de consentimiento la fecha en la que está ordenando el cambio en la administración del medicamento prescrito.





Planificación del día

TAT

Todos los días, antes de que los niños lleguen al programa, deberá preparar planes con respecto a las necesidades de medicamentos de los niños que asisten a su programa. Siga estos consejos para planificar el día.

- ➤ Busque en cada Formulario de Consentimiento para Medicamentos actual la siguiente información:
 - La hora a la que debe administrarse el medicamento
 - Los síntomas que se deben presentar si el medicamento es "un medicamento que se da en caso de necesidad"
 - La fecha de vencimiento para cerciorarse de que el consentimiento no haya vencido
- ➤ Verifique la fecha de vencimiento de cada medicamento, incluso los medicamentos habituales.
- Controle cuánto medicamento queda para poder avisarles a los padres cuando el medicamento se está acabando.
- Decida dónde administrará el medicamento. Un lugar seguro debe:
 - estar bien iluminado;
 - ser un lugar donde pueda brindar supervisión adecuada cuando administre el medicamento;
 - estar cerca de todo lo que necesite para administrar el medicamento, como toallas de papel y guantes, y
 - estar limpio antes de que administre el medicamento.

También deberá ser flexible una vez que los niños lleguen a su programa porque tal vez deba cambiar su plan.

- Asegúrese de que el programa tenga suficientes administradores de medicamentos aprobados presentes si uno se enferma.
- Para las excursiones, asegúrese de que el personal es suficiente para que haya administradores de medicamentos disponibles para los niños en la excursión y los que están en el programa.
- Debe tener procedimientos para notificar a los padres cuando no haya disponibles administradores de medicamentos aprobados y hacer arreglos para las necesidades de medicamentos del niño (por ejemplo, pedir que un familiar dentro del tercer grado de consanguinidad llegue al programa para administrar el medicamento).

Es posible que se entere de cierta información cuando los niños lleguen al programa:

- Es probable que ya se le haya administrado el medicamento al niño antes de que llegue a su programa.
- Es posible que se necesite otro medicamento.
- Puede que las dosis del medicamento cambien o deban interrumpirse.





Ejercicio: Aceptación del medicamento

Instrucciones: haga pareja con otro participante. En los manuales, lea cada estudio de caso y responda las preguntas.

Estudio de caso 1: Carly McMahon es una niña de diez meses que está en su programa. Cuando la madre la lleva, le dice que le están creciendo los dientes a Carly y que está molesta e irritable. También dice que había hablado con el médico de Carly la noche anterior y que el médico había recomendado la administración de Tylenol® para calmar el dolor. La madre le entrega un frasco de Infants' Tylenol Oral Suspension para calmar el dolor con el nombre de Carly y le pide que le dé una dosis hoy a la 1 p. m. La madre no tiene un *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* completado y firmado por el proveedor de atención médica de Carly.



1. ¿Tiene las instrucciones necesarias del médico de Carly para aceptar el medicamento? ¿Cómo lo determina?

Si no las tiene, ¿hay algo que pueda hacer para aceptar el medicamento que le da la madre de Carly?



Estudio de caso 2: Joshua Liebowitz es un niño de cuatro años de su programa. Le ha estado administrando un medicamento denominado carbamazepina todos los días a las 12 p. m. durante los últimos nueve meses para prevenir convulsiones. Ha estado muy bien y no ha tenido convulsiones desde que toma el medicamento. Hoy, el padre de Joshua lo lleva al establecimiento y le dice que el médico de Joshua quiere disminuir la cantidad de carbamazepina que toma Joshua. El padre de Joshua le da nuevas instrucciones escritas del médico (consulte la siguiente página), pero no tiene otro frasco de medicamento, porque todavía queda bastante medicamento y la farmacia no puede dispensar una nueva receta todavía.

1.	¿Tiene las instrucciones necesarias del médico de Joshua para aceptar el medicamento?
2.	Usted observa que la casilla 13 está marcada en el formulario de consentimiento de Joshua. La etiqueta del frasco de carbamazepina que ha almacenado en el programa no coincide con la dosis especificada en el formulario de consentimiento. ¿Necesita una etiqueta nueva del medicamento que coincida con las nuevas instrucciones por escrito del proveedor de atención médica antes de aceptar administrarle el medicamento al niño?
	¿Qué más debe hacer?



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DERE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y

1. Nombre y apellido del niño(a):	1 (#33 - #35) 2. Fecha de nacimiento: 3. Alergias co		nocidas del niño(a):	
Joshua Liebowitz	2/ 8/X	X (4 años de edad)		
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):		Cantidad/dosis a da		6. Vía de administración:
Carbamazepine suspension (100mg/5ml)	1	cucharadita		Oral
7A. Frecuencia de administración: 12 del medio	día.			
<u> </u>				
⊂ 7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: <i>(signos y síntomas deben ser observable</i> s <i>y si es posible</i>				
con parámetros medibles):				
8A. Posibles efectos secundarios: Vea el inform. (padre/madre debe proveer).	ante del pa	aquete para la lista co	mpleta de los efe	ectos secundarios posibles
, ,				
Y/O				
8B: Efectos secundarios adicionales:				
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cu	idado infa	ntil si nota efectos sec	undarios?	
	☐ Contact	tar al proveedor de cu	idado de la salud	l al número de teléfono de abajo.
Otra (describa):				
10A. Instrucciones especiales: X Vea el informante	del pagu	ete para la lista comp	leta de instrucci	ones especiales (nadre/madre debe
proveer).	aei paqu	ete para la lista comp	ieta de mstrucci	ones especiales (paure/maure debe
Y/O				
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluye	cualquier r	reocunación relacion	ada a las interac	ciones nosibles con otros
medicamentos que el niño(a) esté tomando o preoc				
niño(a), alergias o cualquier condición preexistente.	También d	describa situaciones e	n las que no se d	debe administrar medicamentos).
11. Razón del medicamento (a menos que sea conf	idencial po	or ley): <u>Trastorno con</u>	vulsivo	
	12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieran generalmente?			
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa				
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente?	ılud o relad	cionados a la salud de		
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en o	ilud o relac	cionados a la salud de	un tipo o cantida	ad que exceda lo que los niños
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente?	ilud o relac el reverso formulario	cionados a la salud de de este formulario.	un tipo o cantida ferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este	el reverso formulario el que el m	cionados a la salud de de este formulario. o de consentimiento re nedicamento debe adr	un tipo o cantida ferente a órdene	ad que exceda lo que los niños
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? X No Si Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en o No Si Si marcó "sí," complete #34 - #35 er	el reverso formulario el que el m n el reverso	cionados a la salud de de este formulario. de consentimiento re ledicamento debe adr	e un tipo o cantida ferente a órdene ninistrarse?	ad que exceda lo que los niños s de medicamento anteriores, en lo
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? X No Si Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en o	el reverso formulario el que el m n el reverso	cionados a la salud de de este formulario. de consentimiento re ledicamento debe adr	e un tipo o cantida ferente a órdene ninistrarse?	ad que exceda lo que los niños
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en o No Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 er 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado 10113 IXXXX	el reverso formulario el que el m n el reverso de la salu	de este formulario. de consentimiento re ledicamento debe adro de este formulario. de 15. Fecha de dis	e un tipo o cantida ferente a órdene ninistrarse? scontinuación o c	ad que exceda lo que los niños s de medicamento anteriores, en lo luración de administración en días:
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en o No Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 er 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado 10/13 / XXXXX 16. Nombre de la persona licenciada autorizara para	el reverso formulario el que el m n el reverso de la salu	de este formulario. de consentimiento re ledicamento debe adro de este formulario. d: 15. Fecha de dis	ferente a órdene ninistrarse?	ad que exceda lo que los niños s de medicamento anteriores, en lo
dure 12 meses o más y que requiera servicios de sa requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en o 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en o No Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 er 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado 10113 IXXXX	el reverso formulario el que el m n el reverso de la salu a prescribir	de este formulario. de consentimiento re ledicamento debe adro de este formulario. d: 15. Fecha de dis	e un tipo o cantida ferente a órdene ninistrarse? scontinuación o c	ad que exceda lo que los niños s de medicamento anteriores, en lo luración de administración en días:



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23) 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (Por ejemplo, ¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?): Sí Sí N/A No Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.): 20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se específica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]): Joshua Liebowitz 21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta): 22. Fecha de la autorización: Gabriel Liebowitz 10I 14 IXXXX 23. Firma del padre/madre: PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 25. No. de ID del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: (212) 555-8363 ABC Dav Care 01376 DCC 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 29. Fecha recibida del padre/madre: 28. Nombre del personal (letra de imprenta): Carla Carson 10I 14 IXXXX 30. Firma del personal: x Carla Carson SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): Ver el plan de atención médica individual 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: 12/31/XXXX Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir: Gary Marchione, MD



Ejercicio: Aceptación del medicamento RESPUESTAS

TAT

Estudio de caso 1: Carly McMahon es una niña de diez meses que está en su programa. Cuando la madre la lleva, le dice que le están creciendo los dientes a Carly y que está molesta e irritable. También dice que había hablado con el médico de Carly la noche anterior y que el médico había recomendado la administración de Tylenol® para calmar el dolor. La madre le entrega un frasco de Infants' Tylenol Oral Suspension para calmar el dolor con el nombre de Carly y le pide que le dé una dosis hoy a la 1 p. m. La madre no tiene un *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* completado y firmado por el proveedor de atención médica de Carly.



1. ¿Tiene las instrucciones necesarias del médico de Carly para aceptar el medicamento? ¿Cómo lo determina?

No. Para administrar medicamentos de venta libre a un niño menor de 18 meses, usted debe obtener y documentar el permiso verbal de los padres

Si no las tiene, ¿hay algo que pueda hacer para aceptar el medicamento que le da la madre de Carly?

Sí. Documente que usted recibió el permiso verbal de la madre y obtenga y documente las instrucciones verbales del proveedor de atención médica del niño.



Estudio de caso 2: Joshua Liebowitz es un niño de cuatro años que asiste a su programa. Le ha estado administrando un medicamento denominado carbamazepina todos los días a las 12 p. m. durante los últimos nueve meses para prevenir convulsiones. Ha estado muy bien y no ha tenido convulsiones desde que toma el medicamento. Hoy, el padre de Joshua lo lleva al establecimiento y le dice que el médico de Joshua quiere disminuir la cantidad de carbamazepina que toma Joshua. El padre de Joshua le da nuevas instrucciones escritas del médico (consulte la siguiente página), pero no tiene otro frasco de medicamento, porque todavía queda bastante medicamento y la farmacia no puede dispensar una nueva receta todavía.

- 1. ¿Tiene las instrucciones necesarias del médico de Joshua para aceptar el medicamento? Sí.
- 2. Usted observa que la casilla 13 está marcada en el formulario de consentimiento de Joshua. La etiqueta del frasco de carbamazepina que ha almacenado en el programa no coincide con la dosis especificada en el formulario de consentimiento. ¿Necesita una etiqueta nueva del medicamento que coincida con las nuevas instrucciones por escrito del proveedor de atención médica antes de aceptar darle el medicamento al niño?

No, siempre que su programa cuente con las *3 Solicitudes de Exención del Reglamento de Administración de Medicamentos* aprobadas para realizar cambios en las instrucciones.

¿Qué más debe hacer?

Siga las instrucciones de las 3 Solicitudes de Exención del Reglamento de Administración de Medicamentos para informar al personal que las instrucciones de la etiqueta de la farmacia no coinciden con las instrucciones del proveedor de atención médica.



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y

SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (
Nombre y apellido del niño(a): Joshua Liebowitz		e nacimiento: (4 años de edad)	_	ocidas del niño(a):
Nombre del medicamento (incluso la dosis):		Cantidad/dosis a da	<u>No se conoce i</u>	6. Vía de administración:
Carbamazepine suspension (100mg/5ml)	1 -:	cantidad/dosis a da <i>ucharadita</i>	ise.	Oral
7A. Frecuencia de administración: 12 del medio		uuriarauria		Orai
	uia.			
O				
7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles):				
con parametros medibres).				
8A. Posibles efectos secundarios: Wea el inform (padre/madre debe proveer).	ante del pad	quete para la lista co	mpleta de los efe	ectos secundarios posibles
8B: Efectos secundarios adicionales:				
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de co	uidado infant	il si nota efectos sed	cundarios?	
	☐ Contacta	r al proveedor de cu	idado de la salud	d al número de teléfono de abajo.
Otra (describa):				
 10A. Instrucciones especiales: X Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (padre/madre debe proveer). Y/O 10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del 				
niño(a), alergias o cualquier condición preexistente.			<u> </u>	uebe aunimisi ai medicamentos).
11. Razón del medicamento (a menos que sea con	fidencial por	ley): <u>Trastorno con</u>	vulsivo	
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente? No Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario.				
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en				es de medicamento anteriores, en lo
🛚 No 🗌 Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 e	n el reverso	de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado 10113 I XXXX	de la salud	: 15. Fecha de di	scontinuación o d	duración de administración en días:
16. Nombre de la persona licenciada autorizara par (letra de imprenta): Dr. Gary Marchione	a prescribir	17. Número de prescribir: (8		persona licenciada autorizada para
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para pre X Garu Marchione, MD	scribir:			



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23) 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (Por ejemplo, ¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?): Sí Sí N/A No Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.): 20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se específica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]): Joshua Liebowitz 21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta): 22. Fecha de la autorización: Gabriel Liebowitz 10I 14 IXXXX 23. Firma del padre/madre: PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) 25. No. de ID del establecimiento: 26. No. de teléfono del programa: (212) 555-8363 ABC Dav Care 01376 DCC 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. 29. Fecha recibida del padre/madre: 28. Nombre del personal (letra de imprenta): Carla Carson 10I 14 IXXXX 30. Firma del personal: x Carla Carson SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: (fecha) Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): Ver el plan de atención médica individual 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. FECHA: 12/31/XXXX Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y <u>no</u> seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir: Gary Marchione, MD



Administración de medicamentos a niños



Usted conoce las personalidades de los niños que están en su programa. Aplique este conocimiento al momento de administrarles el medicamento para ayudar al que proceso sea seguro.

Principios generales de administración del medicamento

Cuando administre el medicamento:

- Actúe siempre con confianza y hágale saber el niño que usted espera que coopere.
- Después de darle el medicamento, agradezca al niño.
- Recuerde, lo que funciona con un niño no siempre funciona con otro; por lo tanto, sea flexible.
- Hable con los padres sobre cómo hacen para que su hijo tome los medicamentos y trate de seguir la misma rutina cuando sea posible.



A veces, no es posible hacer que el niño tome el medicamento de manera segura.

- Jamás le grite, ni amenace ni reprima al niño de ningún modo para hacer que coopere. Nunca obligue a un niño que llora a tomar el medicamento.
- Si no puede administrarle el medicamento al niño de manera segura, llame a sus padres.
- Recuerde especificar en el registro del niño el motivo por el cual no administró el medicamento.

A continuación hay algunos consejos para administrar el medicamento de manera segura en su programa:

Bebés

- © Hable con voz calma y tranquilizadora.
- © Escuche música relajante.
- Acune al bebé antes y después de administrarle el medicamento.
- Adminístrele el medicamento antes de alimentarlo, a menos que las instrucciones del proveedor de atención médica indiquen específicamente que no se administre antes de alimentarlo.
- © No agregue el medicamento en la fórmula o leche materna.

Niños pequeños

- © Utilice lenguaje propio de la edad.
- Sunca le diga "caramelo" ni "con gusto a caramelo" (por ejemplo, medicamento rosa de amoxicilina con sabor a "goma de mascar").
- Deje que el niño abrace un juguete.
- Haga que el niño sienta que controla algo; dígale, por ejemplo, "¿de qué color quieres el vaso?"
- ② Practique administrándole el medicamento a un muñeco o a un animal de peluche.
- © Planifique que deberá destinar un tiempo antes y después de administrarle el medicamento al niño para calmarlo.



Niños en edad preescolar

- © Prepare al niño para recibir el medicamento.
- © Pídale al niño que piense en su lugar favorito o en algo que quiera hacer mientras le administra el medicamento.
- © Ofrézcale opciones, como "¿con qué quieres jugar después?".

Niños en edad escolar

- © Prepare al niño para recibir el medicamento.
- ② Ayúdele al niño a relajarse pidiéndole que imagine su lugar favorito o que inspire de manera profunda.
- ② Haga que el niño tenga un papel activo durante la administración del medicamento.
- © Permítale tener tanto control como sea posible.
- © Permítale al niño que exprese qué siente por tener que usar el medicamento.



Situaciones especiales

STAT

Una vez que haya asumido la responsabilidad de administrarle el medicamento al niño en su programa, debe hacerlo según las indicaciones. Sin embargo, puede haber momentos en los que el niño esté en su programa y usted no pueda darle el medicamento de manera segura. En el dorso del *Registro de Administración de Medicamentos* hay una sección para que especifique cuando no pueda administrar la dosis indicada.

☑ Si el niño se rehúsa o usted no puede administrarle el medicamento de manera segura:

- ➤ No obligue al niño a tomar el medicamento.
- Notifique a los padres del niño de inmediato.
- Especifique en el registro del niño que no pudo administrarse la dosis e incluya el motivo.
- Mire el plan de salud de su programa para conocer alguna medida adicional.

Si el niño escupe (o vomita) inmediatamente o exactamente después de recibir el medicamento:

- ➤ No administre la dosis otra vez.
- > Notifique a los padres del niño tan pronto como sea posible e informe lo sucedido.
- Escriba en el registro del niño que el niño escupió (o vomitó) parte del medicamento, consulte la información de los efectos secundarios del medicamento y llame a los padres del niño para informarles y aconsejarles que se comuniquen con el proveedor de atención médica del niño.

☐ Si el niño está ausente o no está programado que asista a su programa:

➤ No hace falta que lo escriba en el *Registro de Administración de Medicamentos*, porque no se trata de una dosis omitida.

□ Si no queda más medicamento y los padres no le han dado un nuevo suministro:

➤ Especifique en el registro del niño que no pudo administrarle el medicamento e incluya el motivo.

Si los padres le indican que deje de administrarle el medicamento antes de la fecha especificada en el formulario de consentimiento:

- Pida a los padres que incluyan la nueva fecha de interrupción del medicamento al dorso del formulario de consentimiento.
- Devuelva el medicamento a los padres.





Administración de medicamentos de manera segura

	Administración de incarcamentos de manera segura
41/	AT
consen	conoce la importancia de verificar los (inco pasos correctos escritos en el formulario de timiento con la información escrita en la etiqueta o el envase del medicamento. Tenga siempre los tos que puede necesitar <i>antes</i> de prepararse. Usted debe hacer coincidir esta información tres veces :
	Mire el libro de registro para cerciorarse de que el niño no haya recibido ya el medicamento.
>	Llame al niño que corresponda y cerciórese de que el niño esté listo para recibir el medicamento.
	Lávese las manos y las del niño.
>	Cuando el niño esté listo, lleve su formulario de consentimiento a donde guarda el medicamento y verifique los <i>Cinco pasos correctos</i> .
>	Cuando saque el medicamento del lugar de almacenamiento, nunca lo deje en un lugar al que tengan acceso los niños.
>	Revise las instrucciones y la información del envase para averiguar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento como, por ejemplo, si debe administrarse con las comidas o en ayunas.
>	Si no revisó la fecha de vencimiento que está en el consentimiento informado y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
>	Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Variarán según la vía de administración y el medicamento. Si es necesario, consulte el envase o el prospecto.
2. Adn	ninistración del medicamento: Verifique los Cinco pasos correctos. . □ nombre completo del niño □ medicamento □ dosis □ vía □ hora
>	Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y el formulario de consentimiento y todas las instrucciones especiales para la forma como administra el medicamento. (Ver los manuales $7.1 - 7.8$.)
3. And	otar que administró el medicamento:

Anote inmediatamente en el registro del niño que le dio el medicamento.
Verifique les Cinco naços correctos

Verifique los (Inco pasos correct	OS.			
□ nombre completo del niño	□ medicamento	□ dosis	□ vía	□ hor

- > Vuelva a guardar el medicamento en el lugar de almacenamiento.
- > Vuelva a lavarse las manos y las del niño.
- > Ayude al niño a volver al grupo.





Lavado de manos¹

TIAT

Todo el personal, voluntarios y niños se lavarán las manos en los siguientes momentos:

- a) Cuando lleguen, cuando se pase a un niño de un grupo de cuidado a otro y cuando estén sucias
- b) Antes y después de:
 - comer, manejar comida o alimentar a un niño
 - administrar un medicamento
- c) Después de:
 - cambiar pañales e ir al baño
 - entrar en contacto con líquidos corporales (mocos, sangre, vómito) y limpiar la nariz, la boca y ulceraciones
 - manejar mascotas u otros animales
 - entrar al establecimiento

Todo el personal, voluntarios y niños se lavarán las manos siguiendo estos pasos:

- 1) Mojarse las manos con agua y jabón líquido.
- 2) Frotarse las manos con agua y jabón por lo menos durante 30 segundos. Recuerde hacerlo también entre los dedos, debajo y alrededor de las uñas, los dorsos de las manos y restregar todas las joyas.
- 3) Enjuagarse bien las manos con agua corriente poniendo los dedos hacia abajo para que el agua fluya desde las muñecas hacia la punta de los dedos.
- 4) Dejar correr el agua.
- 5) Secarse las manos con una toalla de papel desechable o algún dispositivo aprobado para secado.
- 6) Utilizar una toalla para cerrar la llave del agua y, si la puerta del baño está cerrada, utilizar la toalla para abrirla.
- 7) Desechar la toalla en un recipiente adecuado.
- 8) Aplicar loción para manos si fuera necesario.

Si el niño es muy pesado para sostenerlo mientras se le lava las manos en el lavamanos y no se puede acercar al lavamanos para lavarse, utilizar toallitas descartables o una toalla de papel humedecida con una gota de jabón líquido para limpiarle las manos. Después, limpie las manos del niño con una toalla húmeda de papel y séqueselas con una toalla de papel limpia.

Nota: los geles o toallitas comerciales de "limpieza en seco" para lavarse las manos no reemplazan el lavado con agua corriente y jabón. Los geles y las toallitas pueden usarse en situaciones en las que no hay agua corriente. Tan pronto como pueda, lávese las manos con agua corriente y jabón. Es importante saber que muchas de estas soluciones de limpieza en seco tienen altas concentraciones de alcohol y pueden ser peligrosas para los niños si las ingieren.

Adaptado del Plan de Salud de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, Apéndice B.





Uso de guantes

TAT

Los guantes se utilizan para su protección. Cuando le da algunos medicamentos a un niño, es posible que entre en contacto con los fluidos corporales del niño. Como los fluidos corporales pueden estar infectados con enfermedades contagiosas, es importante que usted se proteja usando guantes. Use guantes cada vez que haya posibilidad de tener contacto con:

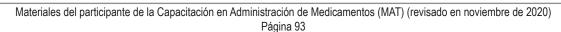
- cualquier líquido corporal, como:
 - * secreciones nasales
 - * saliva
 - * lágrimas
 - * vómito
 - * orina
 - * deposiciones
- sangre
- piel agrietada (cortada)
- membranas mucosas, como encías y conductos nasales

Cómo usar guantes1

- 1. Lávese las manos.
- 2. Póngase un par de guantes limpios. No reutilice los guantes.
- 3. Administre el tratamiento o el medicamento o limpie el lugar de preparación del medicamento.
- 4. Quítese el primer guante tirando de la palma y despojándose del guante. Toda la superficie externa de los guantes se considera sucia. Cerciórese de que las superficies sucias sólo toquen superficies sucias.
- 5. Enrolle el primer guante en la palma de la otra mano enguantada.
- 6. Use la mano sin guante para quitarse el otro guante sin tocar la parte externa del guante con la mano sin guante. Introduzca un dedo debajo del guante a la altura de la muñeca y empuje el guante hacia arriba y sobre el guante en la palma. La superficie interna del guante y la mano sin guante se consideran limpias. Procure tocar solamente superficies limpias con superficies limpias. No toque la parte externa del guante con la mano sin guante.
- 7. Ponga los guantes sucios en un recipiente de basura con recubrimiento de plástico.
- 8. Lávese las manos.

Los guantes no reemplazan el lavado de las manos. Siempre debe lavarse las manos después de quitarse y desechar los guantes.





¹ Adaptado del Plan de Salud de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, Apéndice F.





Limpieza y desinfección

OCFS-LDSS-7020-S (Rev. 12/2018)

Apéndice E: Limpieza, lavado y desinfección

Los equipos, juguetes y objetos que usen o toquen los niños deben ser limpiados y desinfectados como se indica a continuación:

- 1. El equipo que se utiliza con frecuencia o que los niños tocan a diario se debe limpiar y luego desinfectar con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) cuando esté sucio y por lo menos una vez por semana.
- 2. En las alfombras contaminadas con fluidos corporales se debe limpiar el área sucia.
- 3. Las superficies de cambio de pañales se deben desinfectar después de cada uso, con un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones en la etiqueta para desinfectar las áreas de cambio de pañales.
- 4. Se debe limpiar y desinfectar las superficies de muebles, mesas y superficies de preparación de alimentos (tablas de picar) antes y después de preparar la comida y comer.
- 5. Se debe vaciar y lavar las bacinicas después de cada uso, y además, limpiarlas y desinfectarlas diariamente con un desinfectante con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA), siguiendo las instrucciones de la etiqueta para ese fin. Si se está enseñando a ir al baño a más de un niño del programa, se debe vaciar las bacinicas, lavarlas, limpiarlas y desinfectarlas con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) después de cada uso. Las bacinicas no se deben lavar en un lavamanos, a menos que se limpie y se desinfecte el lavamanos después de cada uso.
- 6. Los baños se deben mantener limpios en todo momento y deben tener papel higiénico, jabón y toallas al alcance de los niños.
- 7. Se deben limpiar todas las habitaciones, el equipo, las superficies, los suministros y los muebles accesibles a los niños y luego desinfectarlos utilizando un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones de la etiqueta, según sea necesario para proteger la salud de los niños.
- 8. Los termómetros y los juguetes que los niños se meten a la boca se deben lavar y desinfectar usando un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones de la etiqueta, antes de que lo use otro niño.

Desinfección y las soluciones de desinfección

El agente desinfectante más común es el cloro sin olor, porque es barato y fácil de obtener. El Código Sanitario del Estado mide las soluciones de desinfección en "partes por millón", pero los programas pueden hacer las soluciones de la concentración correcta (sin tener que comprar equipo especial) leyendo la etiqueta del envase de cloro y usando mediciones de uso doméstico común.

Lea la etiqueta

El hipoclorito de sodio es el ingrediente activo del cloro. Las diferentes marcas de color pueden tener diferentes cantidades de este ingrediente: las medidas que se muestran en este apéndice son para cloro que contenga del 6 al 8.25 por ciento de hipoclorito de sodio. La única forma de saber cuánto hipoclorito de sodio contiene el cloro es levendo la etiqueta. Siempre lea la etiqueta de la botella de cloro para determinar su concentración antes de comprarla. Si no indica la concentración, no compre el producto.

Uso de medidas comunes en el hogar

Usando cloro que contiene de 6 a 8.25 por ciento de hipoclorito de sodio, los programas necesitan hacer dos soluciones estándar de cloro recomendadas para rociar las superficies no porosas o duras y una solución separada para sumergir los juguetes que los niños se llevan a la boca. Cada botella rociadora debe tener etiqueta que indique su mezcla respectiva y el propósito. Manténgalo fuera del alcance de los niños. Las medidas de cada tipo de solución desinfectante se especifican en la próxima página.



OCFS-LDSS-7020-S (Rev. 12/2018)

SOLUCIÓN DE CLORO PARA ROCIAR N.º 1 (para superficies de contacto de alimentos) El personal debe usar los siguientes procedimientos para limpieza, lavado y desinfección de superficies no porosas y duras como mesas, superficies de muebles y bandejas de mesas de comer.

- 1. Lavar la superficie con jabón y agua.
- Enjuagar hasta que estén limpias.
- 3. Rociar la superficie con una solución de ½ cucharadita de cloro en un cuarto de litro de agua hasta que brille.
- 4. Dejar estar por dos minutos.
- 5. Limpiar con una toalla de papel o dejar secar al aire.

SOLUCIÓN DE CLORO PARA ROCIAR N.º 2 (para superficies de cambio de pañales o contaminadas con sangre o fluidos corporales)

El personal debe usar los siguientes procedimientos para limpiar y desinfectar las superficies de cambio de pañales o contaminadas con sangre y fluidos corporales:

- 1. Ponerse guantes.
- 2. Lavar la superficie con jabón y agua.
- Enjuagar con agua corriente hasta que el agua esté clara.
- 4. Rociar la superficie con una solución de 1 cucharada de cloro en un cuarto de litro de agua hasta que brille.
- Dejar estar por dos minutos.
- 6. Limpiar con una toalla de papel o dejar secar al aire.
- 7. Eliminar los materiales de limpieza contaminados en una bolsa de plástico y asegurarlos.
- 8. Quitarse los guantes y eliminarlos en un receptáculo forrado con plástico.
- 9. Lavarse las manos minuciosamente con jabón y agua corriente.

SOLUCIÓN DE CLORO PARA REMOJAR (para desinfectar juguetes que los niños se llevan a la boca)

El personal debe usar el siguiente procedimiento para limpiar y desinfectar los juguetes que los niños se lleven a la boca:

- 1. Lavar los juguetes en agua jabonosa tibia, usando un cepillo para limpiar las hendiduras y los lugares difíciles de alcanzar.
- Enjuagar con agua corriente hasta que el agua esté clara.
- Colocar los juguetes en la solución de 1 cucharadita de cloro en 1 galón de agua.
- Remojar durante cinco minutos.
- 5. Enjuagar con agua fresca.

6. Deja	if secar los juguetes ai aire.
	ar los equipos, los juguetes y las superficies sólidas, el programa debe usar: das las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).
	Producto registrado en la EPA aprobado para desinfección, siguiendo las instrucciones del fabricante para mezclar y aplicarlo
	Solución de cloro preparada cada día
	o Rocíe la solución # 1: 1/2 cucharadita de cloro por 1 cuarto de litro de agua
	 Rocíe la solución # 2: 1 cucharada de cloro por 1 cuarto de litro de agua
	 Solución para sumergir: 1 cucharadita de cloro por un galón de agua



Aplicación de medicamentos de uso tópico

TATAT

Los medicamentos de uso tópico tienen muchas presentaciones:

- geles
- cremas
- ungüentos
- aerosoles

Además de las instrucciones específicas del medicamento, siga estos principios cuando aplique el medicamento en forma tópica:

- Debe usar guantes si:
 - ♦ la piel de sus manos está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - ♦ la piel del niño, donde se debe aplicar el medicamento, está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - \Diamond el medicamento que debe aplicar no debe tocar $\mathbf{s}\mathbf{u}$ piel o
 - ♦ se siente más cómodo usando guantes para aplicar el medicamento.
- En el caso de los medicamentos de uso tópico que no vienen en aerosol, apriete el envase y ponga la cantidad adecuada de medicamento en la mano con guante.
- Si necesita aplicar más medicamento, cámbiese los guantes, apriete el envase y ponga el medicamento sobre el guante limpio.
- Aplique o atomice el medicamento de manera pareja sobre la piel.
- Cuando atomice un medicamento de uso tópico, cubra la cara del niño o pídale al niño que se aleje del aerosol y cierre los ojos.





Aplicación de parches medicados

STAT

Los parches medicados se aplican sobre la piel de los niños para que el cuerpo pueda absorber lentamente el medicamento. Como los niños deben usar el parche medicado durante diferentes períodos, cerciórese si usted o los padres deben quitar el parche.

También debe saber qué hacer si el niño se quita el parche o si el parche se desprende antes de la hora programada para quitarlo.

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios cuando aplique el parche medicado:

- Antes de ponerle el parche al niño, escriba la fecha y la hora en el parche con una pluma o un marcador resistentes al agua.
- Póngase guantes. Debe usar guantes si:
 - * la piel de sus manos está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - ★ la piel del niño, donde se debe aplicar el medicamento, está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - \star el medicamento que debe aplicar no debe tocar su piel, o
 - * se siente más cómodo usando guantes para aplicar el medicamento.
- Elija el lugar donde aplicará el nuevo parche. El lugar que elija no debe tener piel con cortes o grietas. Alterne los lugares, a menos que le indiquen lo contrario.
- Limpie el lugar donde pondrá el parche con agua y jabón.
- Cerciórese de que el lugar esté seco antes de poner el parche.

Siga los siguientes principios cuando retire el parche medicado:

- Use guantes y quite el parche.
- Limpie el medicamento que haya quedado sobre la piel del niño con agua y jabón, a menos que se le indique algo distinto.
- Deseche el parche usado, enróllelo dentro de los guantes sucios.





Administración de medicamentos por boca

TATAL

Los medicamentos orales tienen muchas presentaciones, como comprimidos, líquidos y sustancias para diluir o pueden frotarse en las encías.

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios cuando administre un medicamento por inhalación por boca:

- Cuando retira el medicamento de su envase, evite tocarlo con las manos descubiertas. Ponga la
 cantidad de comprimidos o cápsulas que necesita en la tapa del envase y, luego, colóquelas a un
 vaso pequeño. Si sacó muchos comprimidos o cápsulas, ponga los que no necesite en el envase
 sin tocarlos.
- Si las manos entran en contacto directo con el medicamento (como cuando abre una cápsula), deberá usar guantes. La necesidad de usar guantes depende de cómo se prepara el medicamento y de su posible exposición a cualquier líquido corporal durante su administración.
- Nunca triture ni corte el medicamento, ni abra las cápsulas salvo que se lo indique el farmacéutico o el proveedor de atención médica del niño.
- Si necesita poner el medicamento en alimentos, use sólo un poco de alimento para cerciorarse de que el niño pueda terminarlo.
- Si el niño debe tragar el medicamento, observe mientras lo hace y mire su boca y la zona debajo de la lengua para cerciorarse de que haya tragado el medicamento.





Medición de medicamentos líquidos

TAT

Sobre el medidor debe estar escrito el nombre completo del niño. El medidor también debe tener la medida que coincida justo con la cantidad de medicamento que debe administrar según las instrucciones. No convierta las dosis de una medida a otra.

Además de las instrucciones específicas de cada medicamento, cuando mida un medicamento líquido cumpla los siguientes principios:

- Si desea marcar la dosis correcta en el medidor, cerciórese de marcarla al lado de la línea de medición, no sobre ella.
- Para evitar volcar el medicamento sobre la etiqueta, vierta el medicamento que está en el frasco alejado de la etiqueta.
- Use el punto inferior de la curvatura, no los extremos, para cerciorarse de que tiene la cantidad de medicamento correcta.
- Si vierte mucho medicamento en el medidor, vierta el exceso en un vaso descartable limpio.
- Si necesita más medicamento, en vez de usar el frasco, use lo que quedó en el vaso descartable limpio para obtener la dosis correcta.
- A menos que se indique lo contrario, puede verter el medicamento excedente en el envase original.

Si utiliza una TAZA DE DOSIFICACIÓN:



- Ponga el vaso en una superficie plana después de verter el medicamento y verifíquelo a la altura de los ojos.
- Vierta un poco de agua en el vaso después de administrar el medicamento, hágala girar para desprender el medicamento que haya quedado en los bordes y hágale tomar el agua al niño.

Si está usando una CUCHARA DE DOSIFICACIÓN:



- Verifique la dosis de medicamento a la altura de los ojos.
- Limpie todo exceso de medicamento que haya quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara de dosificación para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.
- Vierta un poco de agua en la cuchara después de administrar el medicamento, hágala girar para desprender el medicamento que haya quedado en los bordes y hágale tomar el agua al niño.



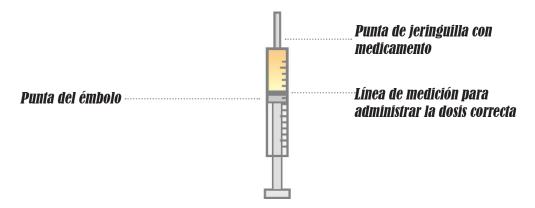
Si está usando una JERINGUILLA PARA MEDICAMENTOS ORALES:



- Si la jeringuilla tiene tapa, sáquela y tírela porque puede provocar asfixia.
- Cerciórese de que el émbolo se encuentra bien abajo en la jeringuilla y absorba el medicamento.
 - Si el frasco tiene un adaptador, ponga la jeringuilla en el adaptador y tire del émbolo hasta obtener la dosis correcta.
 - Siga todas las otras indicaciones.

-0-

- Si el frasco **no** tiene un adaptador, vierta un poco de medicamento en un vaso descartable.
- Ponga la punta de la jeringuilla en el líquido que está dentro del vaso descartable.
- Tire del émbolo para absorber la cantidad correcta de medicamento.
- Haga coincidir la punta del émbolo con la línea de la jeringuilla que indique la dosis correcta.
- La punta de la jeringuilla debe estar llena de medicamento para que la dosis sea la correcta.



- Elimine todas las burbujas de aire. Para hacerlo:
 - Gire la jeringuilla de manera tal que la punta se dirija al techo.
 - Golpee suavemente la jeringuilla para mover las burbujas de aire hasta la parte superior de la jeringuilla.
 - Empuje suavemente el émbolo hasta que desaparezcan las burbujas de
 - Si la punta de la jeringuilla está doblada, es posible que tenga que ponerla en ángulo para eliminar todas las burbujas de aire.
- Vuelva a controlar la jeringuilla a la altura de los ojos para cerciorarse de que la dosis sea la correcta.
- Limpie cualquier exceso de medicamento que pudo haber quedado en la parte exterior de la jeringuilla para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.



• Ponga con cuidado la jeringuilla en la boca del niño, entre la parte posterior de las encías y la cara interna de la mejilla. Libere sólo la cantidad de medicamento que el niño pueda tragar de una vez.

Limpieza de los utensilios para administrar medicamentos

Mantenga siempre limpios los utensilios para administrar medicamentos. Esto evitará la administración de dosis incorrectas y posibles infecciones. Puede lavar las tazas de dosificación, las cucharas de dosificación, las jeringuillas orales y los trituradores de comprimidos con agua y detergente. Nunca ponga una jeringuilla para medicamentos orales en el lavavajillas.





Administración de medicamentos inhalados por boca

TAT

El medicamento puede inhalarse por la boca mediante un inhalador, un inhalador con espaciador, un nebulizador u otro dispositivo.

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios para administrar el medicamento mediante inhalación por boca:

Inhaladores de dosis medida: (MDI)

Un inhalador de dosis medida es un dispositivo que se usa para administrar una dosis específica de medicamento en los pulmones mediante un envase que contiene varias dosis.

Cuando usa un inhalador de dosis medida (MDI)

- Póngase guantes. Debe usar guantes si:
 - ♦ la piel de sus manos está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - ♦ sus manos podrían entrar en contacto con las secreciones del niño,
 - ♦ el medicamento que debe administrar no debe tocar su piel o
 - ♦ se siente más cómodo usando guantes para aplicar el medicamento.
- Quite la tapa y verifique que la boquilla no tenga objetos extraños antes de usarla.
- Lea las instrucciones del envase. La mayoría de los inhaladores deben agitarse antes de administrar el medicamento.
- Pida al niño que respire según las instrucciones del envase.
- Si el niño necesita dos o más descargas, siga las instrucciones sobre cuánto tiempo hay que esperar antes de dar otra descarga.
- Siempre observe al niño mientras usa el inhalador.
- Verifique el contador del MDI para ver cuántas dosis quedan. Como algunos inhaladores seguirán liberando medicamento después de que ya no haya medicamento en el envase, consulte a los padres si es necesario contar la cantidad de descargas que aplica.

Se puede utilizar un espaciador para ayudar al niño a obtener la dosis completa del medicamento porque retiene el medicamento en la cámara el tiempo necesario para que el niño pueda inhalarlo con respiraciones múltiples.

Para prevenir la propagación de gérmenes o evitar la administración de una dosis incorrecta por la acumulación de medicamento, mantenga limpios el inhalador y el espaciador. Siga las instrucciones para limpiar el dispositivo. Nunca ponga el envase del medicamento en agua.

Nebulizadores

Un nebulizador es un dispositivo compresor de aire que transforma un medicamento líquido en una nube que se inhala por la boca o la nariz.



Cuando utilice un nebulizador

- Aprenda antes a ensamblar las partes del nebulizador y usar el dispositivo.
- Verifique que tenga todas las partes del nebulizador.
- Encienda el aparato para cerciorarse de que funciona.
 Una las piezas de los tubos y el nebulizador al compresor según las instrucciones del fabricante.
- El medicamento administrado mediante un nebulizador viene en dosis únicas. Lea las instrucciones del proveedor de atención médica. Lea y siga las instrucciones de almacenamiento, ya que la mayoría de los medicamentos administrados mediante nebulizador deben conservarse en un lugar oscuro.
- Colóquese guantes.
- Observe al niño durante el tratamiento completo para cerciorarse de que inhale todo el medicamento.

Para prevenir la propagación de gérmenes o evitar administrar una dosis incorrecta debido a la acumulación de medicamento, mantenga el nebulizador y sus piezas limpios. Siga las instrucciones del fabricante sobre cómo limpiar el dispositivo.

Compartir aparatos nebulizadores

A menos que un aparato nebulizador lleve una etiqueta que especifique "para un solo paciente", su programa puede tener un aparato nebulizador que compartan dos o más niños. Cerciórese de que los padres acepten compartir el nebulizador.

Cada niño debe tener sus propios tubos, tazas de dosificación y boquilla o máscara facial. Pueden guardarse en una bolsa separada y etiquetada. Además, deben seguirse las instrucciones del fabricante respecto del uso y el cuidado del aparato.



Administración de medicamento por inhalación por la nariz

TAT

El medicamento puede inhalarse para que ingrese en el organismo por la nariz mediante un aerosol o gotas.

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios cuando administre un medicamento por inhalación:

- Póngase guantes. Debe usar guantes si:
 - ♦ la piel de sus manos está cortada, tiene costras o está agrietada,
 - ♦ sus manos podrían entrar en contacto con las secreciones del niño,
 - ♦ el medicamento que debe administrar no debe tocar su piel o
 - ♦ se siente más cómodo usando guantes para aplicar el medicamento.
- Es bueno que el niño se suene la nariz o se limpie cualquier moco visible.
- Dígale al niño que es probable que sienta el sabor de las gotas o del aerosol.
- Ponga la cabeza del niño en posición inclinada ligeramente hacia atrás.
- Cuando use un frasco con cuentagotas, presione suavemente la punta de la nariz del niño para poder ver las fosas nasales y ponga la punta del cuentagotas apenitas dentro de la nariz.
- Cuando use un aerosol nasal, tape la otra fosa nasal mientras aplica la dosis para que el niño pueda aspirar el medicamento correctamente.
- Limpie la punta del cuentagotas o del aerosol después de aplicar la dosis.





Administración de medicamentos en los ojos

TATE

Los medicamentos pueden administrarse en el ojo por medio de gotas o ungüentos.

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios cuando aplique un medicamento en el ojo:

Cuando se debe aplicar el medicamento solo en un ojo, procure hacerlo en el ojo que corresponda.
 Recuerde que si el niño está frente a usted, el ojo que está a su izquierda es, en realidad, el ojo derecho del niño. Por lo tanto, cerciórese de saber qué ojo es el correcto.

Póngase guantes. Debe usar guantes si:

- ♦ la piel de sus manos está cortada, tiene costras o está agrietada,
- ♦ sus manos podrían entrar en contacto con las secreciones del niño,
- \Diamond el medicamento que debe administrar no debe tocar \mathbf{su} piel o
- ♦ se siente más cómodo usando guantes para aplicar el medicamento.
- Limpie el ojo del niño pasando un pañuelo de papel limpio desde el lagrimal hacia el borde externo.
- Haga que el niño se siente o se acueste. Los niños más grandes, en general, pueden sentarse para recibir el medicamento oftálmico en gotas Tal vez le resulte más fácil aplicar el medicamento si el niño pequeño se acuesta.
- Con una mano forme un pliegue en el párpado inferior del niño.
- Con la otra, aplique el medicamento en el pliegue del párpado inferior del niño. *No* deje caer la gota directamente dentro del ojo.
- Los niños parpadean con mucha frecuencia cuando reciben gotas en los ojos.
 Si la gota no entra en el ojo, puede administrarle la dosis nuevamente. Si entra una parte de la gota en el ojo, no administre otra dosis.
- Si pone un ungüento, vaya de la parte interior del ojo que se encuentra más cerca de la nariz del niño hacia afuera en dirección al oído.





Administración de medicamentos en el oído

STAT

Además de las instrucciones específicas para el medicamento, siga estos principios para poner el medicamento en el oído:

- Si la parte externa de la oreja del niño tiene alguna costra o cera, deberá ponerse guantes y limpiarla suavemente con una toalla descartable. No ponga nada dentro del conducto auditivo del niño.
- Como muchas gotas para los oídos deben mantenerse en el refrigerador, cerciórese de entibiar el medicamento haciendo rodar el frasco entre las palmas de las manos.
- Cuando esté preparado para aplicar las gotas, enderece el conducto auditivo del niño.
 - Para niños menores de 3 años:
 Sostenga el lóbulo y suavemente tire hacia abajo y hacia atrás.



ó Para niños mayores de 3 años: Sostenga la parte superior del oído y suavemente tire hacia arriba y hacia atrás.



 Ponga las gotas de manera que ingresen al oído por el costado del conducto auditivo. Procure no dejar caer la gota directamente dentro del oído. Si lo hace, puede causar dolor y que el niño sienta náuseas o se sienta mareado.





Situación para practicar habilidades: Administración de medicamentos líquidos por boca

STAT

Situación

Michelle Lewis es una niña de 3 años que asiste a su programa. Tiene una infección de oído y toma un antibiótico que se llama amoxicilina y que se administra todos los días a las 2 p. m. durante dos semanas. Su madre le entregó una taza de dosificación para que lo use cuando administre el medicamento.

Hoy es 4 de octubre y es la 1:50 p. m.

Según los documentos adjuntos, administre a Michelle el medicamento según las indicaciones.





OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentes a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y

Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de		3. Alergias con	ocidas del niño(a):
Michelle Lewis		3 años de edad)	No se conoce i	
Nombre del medicamento (incluso la dosis):		antidad/dosis a da	irse:	6. Vía de administración:
Amoxicilina en suspensión 250mg/5ml	1 cu	charadita		Oral
⁷ A. Frecuencia de administración: <u>2 p.m.</u>				
O 7B. Identique los síntomas que requerirán la adn con parámetros medibles):	ninistración del m	nedicamento: <i>(sigr</i>	nos y síntomas de	eben ser observables y si es posib
BA. Posibles efectos secundarios:	ormante del paqu	ete para la lista co	ompleta de los efe	ectos secundarios posibles
Y/O 8B: Efectos secundarios adicionales:				
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de	_			
X Contactar al padre/madre	☐ Contactar	al proveedor de cu	uidado de la salud	d al número de teléfono de abajo.
Otra (describa):				
10A. Instrucciones especiales:	ante del paquete	para la lista com	pleta de instrucci	ones especiales (<i>padre/madre de</i>
Y/O				
10B. Instrucciones especiales adicionales: (Inclu medicamentos que el niño(a) esté tomando o pre niño(a), alergias o cualquier condición preexister	eocupaciones co	n respecto al uso i	del medicamento	en lo que respecta a la edad del
11. Razón del medicamento <i>(a menos que sea c</i>	onfidencial por le	ey): <u>Infección del</u>	oído	
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una con dure 12 meses o más y que requiera servicios de requieren generalmente?				
🛚 No 🔲 Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, o	en el reverso de	este formulario.		
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de e que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia				es de medicamento anteriores, en
🛚 No 🔲 Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35	en el reverso d	e este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuida	ado de la salud:	15. Fecha de di	scontinuación o d	duración de administración en día
101 1 1XXXX		1 / /		
16. Nombre de la persona licenciada autorizara p (letra de imprenta): Nancy Wallace, MD			le teléfono de la p <i>914) 564-9832</i>	persona licenciada autorizada par
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para p X <i>Nancu Wallace, MD</i>	orescribir:			



OCFS-LDSS-7002-S (5/2015) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

	ESTA SECCIÓN (#º		as para a	dministrar los medicamentos? (<i>Por ejempl</i> o
¿escribió el que autorizó la prescripción la h				ariiinotari loo mealeamentoo. (i oi ojempi
ndique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) qu				administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):
20. Yo, padre/madre, autorizo al programa d		ninistrar el medi	camento c	como se específica en el frente de este
ormulario <i>(nombre del niño[a]): Michelle Le</i> u		_		
21. Nombre del padre/madre (letra de impre	enta):	22. Fecha de		ación:
Anne Lewis 23. Firma del padre/madre:		101 1 IXXX	<u> </u>	
X <i>Sinne Clavis</i>				
PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO D	DEBE COMPLETAR	R ESTA SECO	IÓN (#24	1 - #30)
24. Nombre del programa:	25. No. de ID del es		<u> </u>	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	01376 DCC			(212) 555-8363
27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica administrar este medicamento se ha provisto	a #33 - #36 están com	npletos. Mi firma ado diurno.	a indica qu	
28. Nombre del personal <i>(letra de imprent</i> a)			29. Fech	na recibida del padre/madre:
Anne Barber			101 2	•
30. Firma del personal: X <i>Anne Barber</i>			70.2	7001
Una vez que el medicamento sea discontinu completar un nuevo formulario. 32. Firma del padre/madre: X				
33. Describa cualquier capacitación adiciona				
PERSONAL AUTORIZADO CON LICE 33. Describa cualquier capacitación adiciona a este niño(a): 34. Ya que posiblemente haya casos en los frecuencia de administración hasta que la pr está ordenando que el cambio se lleve a cat FECHA: / /	al, procedimientos o co s que la farmacia no co rescripción previa del l	ompetencias qu omplete una nu medicamento s	e el perso	nal de cuidado diurno necesitará para cuid
33. Describa cualquier capacitación adiciona a este niño(a):	al, procedimientos o co s que la farmacia no co rescripción previa del bo en la administración	ompetencias qu omplete una nu medicamento s n de la prescrip	eva presc e termine ción.	nal de cuidado diurno necesitará para cuid ripción por cambios de dosis, hora o de usar, por favor indique la fecha en la qu



OCFS-LDSS-7004-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Los proveedores de cuidado pueden usar este formulario o un documento equivalente aprobado para documentar los medicamentos administrados en el programa de cuidado diurno.
- La documentación se debe mantener con el formulario de consentimiento de medicamentos escrito para el niño.
- Debe documentarse cualquier dosis del medicamento listado abajo que no fue administrado.

NOMBRE DEL NIÑO(A): Michelle Lewis

MEDICAMENTO: (incluyendo la dosis) Amoxicilina en suspensión 250mg/5ml

COMPLETE PARA TODAS LAS DOSIS ADMINISTRADAS			COMPLETE AL NOTAR EFECTOS SECUNDARIOS		COMPLETE SÓLO PARA MEDICAMENTOS "SEGÚN LA NECESIDAD"		
Fecha Dada (M/D/A)	Dosis	Hora (AM o PM)	Administrada por (firma completa)	Cualquier efecto secundario notado	¿Se notificó a los padres sobre los efectos secun- darios?	que exhibió el niño que requirió el	¿Se notificó a los padres sobre los medicamen- tos dados "según la necesidad"?
10/2/XX	1 cdta	2:00 □ AM ☑ PM	Anne Barber		□ Sí □ No		□ Sí □ No
10/3/XX	1 cdta	2:05 ☐ AM ☑ PM	Anne Barber Anne Barber		□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM ☐ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		☐ AM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		□ Sí □ No
		□ AM □ PM			□ Sí □ No		Sí No



OCFS-LDSS-7004-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

echa o dado	Descripción de la razón por la que no se dio el medicamento	Se notificó a los padres	Firma del Proveedor(a)
		□ Sí □ No	
		☐ Sí ☐ No	
		Sí No	
		Sí No	
		□ Sí □ No	
		Sí No	
		Sí No	
		□ No □ Sí □ No	
		□ No □ Sí □ No	
		□ No	
as:			

••••			



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SUSPENSIÓN DE AMOXICILINA 250/5 ML

NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las indicaciones de su médico para usar este medicamento. AGITE BIEN antes de administrar una dosis. Use un medidor marcado para dosificar el medicamento. Pida ayuda a su farmacéutico si no está seguro de cómo medir esta dosis. Puede mezclar este medicamento con leche o fórmula antes de darlo. Si mezcla este medicamento con leche o fórmula, utilícelo inmediatamente luego de mezclarlo. ESTE MEDICAMENTO PUEDE TOMARSE con el estómago vacío o con alimentos. Es posible que la refrigeración mejore el sabor del medicamento; sin embargo, puede que no haga falta. Según la marca, si este medicamento es almacenado a temperatura ambiente probablemente venza antes que el mismo medicamento refrigerado. Revise el frasco o consulte a su farmacéutico para saber si puede almacenar este medicamento a temperatura ambiente (y durante cuánto tiempo). PARA QUE LA INFECCIÓN DESAPAREZCA POR COMPLETO, continúe usando este medicamento durante todo el curso del tratamiento, incluso si se siente mejor a los pocos días. No se saltee ninguna dosis. SI SE SALTEA UNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómelo tan pronto como sea posible. Si ya casi es la hora de la siguiente dosis, no administre la dosis que se salteó y retome el cronograma regular de dosificación. No administre 2 dosis al mismo tiempo.

PRECAUCIONES: NO TOME ESTE MEDICAMENTO SI HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina (como amoxicilina, ampicilina) o a un antibiótico con cefalosporina (como Ceclor, Keflex, Ceftin, Duricef). Una reacción grave incluye: sarpullido intenso, urticaria, problemas para respirar o mareos. Si tiene dudas de si es alérgico a este medicamento, comuníquese con su médico o farmacéutico. SI TIENE DIARREA MODERADA A INTENSA durante el tratamiento con este medicamento o luego del tratamiento, consulte a su médico o farmacéutico. No trate la diarrea con medicamentos de venta sin receta (venta libre). SI TIENE dificultad para respirar o siente tensión en el pecho, se le hinchan los párpados, el rostro o los labios, o presenta sarpullido o urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No tome más cantidad de este medicamento que la indicada, a menos que se lo indique su médico. Este medicamento puede causar manchas provisorias en los dientes. Un cepillado adecuado eliminará generalmente las manchas y puede evitarlas. SI TIENE DIABETES, la administración de este medicamento puede generar resultados falsos en algunos análisis de glucosa en orina. Consulte a su médico antes de modificar la dosis de sus medicamentos para la diabetes o antes de modificar su dieta.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: Los EFECTOS SECUNDARIOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, incluyen náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si persisten o le causan molestias, consulte a su médico. CONSULTE A SU MÉDICO LO ANTES POSIBLE si sufre irritación o flujo vaginal. Es poco probable que este medicamento produzca una REACCIÓN ALÉRGICA; sin embargo, si sufre una reacción alérgica busque atención médica inmediatamente. Los síntomas de una reacción alérgica incluyen: sarpullido, picazón, hinchazón, mareos intensos o problemas para respirar. Si nota otros efectos no mencionados anteriormente, comuníquese con su médico, enfermero o farmacéutico.

ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO: Es posible que algunos medicamentos o enfermedades interactúen con este medicamento. INFORME A SU MÉDICO O FARMACÉUTICO todos los medicamentos recetados y de venta libre que esté tomando. NO TOME ESTE MEDICAMENTO si también está tomando antibióticos con tetraciclina. Es posible que deba realizarse CONTROLES ADICIONALES DE SU DOSIS O ENFERMEDAD si está tomando anticoagulantes o metotrexato. Informe a su médico si tiene alguna otra enfermedad o alergia. Comuníquese con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta acerca de la administración de este medicamento.

SOBREDOSIS: Si sospecha que puede haber sobredosis, comuníquese con el centro de toxicología local o con una sala de emergencias de inmediato. Entre los síntomas de sobredosis, están las náuseas, los vómitos y la diarrea.

INFORMACIÓN ADICIONAL: Si sus síntomas no mejoran en unos días o si empeoran, consulte a su médico. NO COMPARTA ESTE MEDICAMENTO con otras personas a quienes no se les recetó este medicamento. NO USE ESTE MEDICAMENTO para tratar otras enfermedades. MANTENGA ESTE MEDICAMENTO fuera del alcance de los niños.

La información de esta monografía no tiene como objetivo abarcar todos los usos, indicaciones, precauciones, interacciones medicamentosas o efectos adversos posibles. Esta información se expone de modo general y no tiene como objetivo aportar datos específicos. Consulte a su médico, farmacéutico o al personal de enfermería.





MAT

e nabilidades 7.5			
Cuadro de evaluación	para la der	mostración d	le habilidades

Recuerde que no puede darle al participante pistas verbales o no verbales mientras está haciendo esta demostración de habilidades. Cada vez que el participante termine cada paso satisfactoriamente, marque √

en la casilla. Si el participante no completa un paso, deje la casilla en blanco. Si el participante comete un error mientras realiza un paso, escriba sus observaciones. Nombre de la persona que hace la demostración: Intento □ 1.° Nombre de la persona que hace la evaluación:

Deben seguirse los siguientes pasos antes de que el participante le administre el medicamento al niño. No importa en qué orden se realiza cada paso, siempre que se realicen antes de que el participante

administre el medicamento.			
Tarea	Habilidad observada		
Verifica el <i>Registro de Administración de Medicamentos</i> de Michelle para cerciorarse de que todavía no se haya dado el medicamento.			
Busca a Michelle y se cerciora de que esté preparada para la administración del medicamento.			
Indica que se lavó las manos y que lavó las manos de Michelle.			
Lleva el formulario de consentimiento al lugar donde se almacenan los medicamentos y busca el medicamento correcto verificando los (inco pasos correctos) . Cuando verifica los (inco pasos correctos) , el participante observa el consentimiento informado y el envase o la etiqueta del medicamento y menciona cada Paso (por ejemplo, el medicamento adecuado es amoxicilina y le muestra dónde está escrito en el formulario de consentimiento y en la etiqueta del medicamento) en voz alta mientras los verifica.			
Marque cada recuadro a continuación mientras el participante menciona correctamente cada uno de los (inco pasos correctos :			
☐ Michelle Lewis ☐ Suspensión de amoxicilina 250 mg/5 ml ☐ 1 cucharadita ☐ oral ☐ 2 p. m.			
Verifica la etiqueta de la farmacia o del medicamento para conocer la fecha de vencimiento.			
Marque esta casilla si el participante preparó el medicamento satisfactoriamente antes de dárselo al niño.			



Administración del medicamento		
Tarea	Habilidad observada	
Agita correctamente el medicamento.		
Vierte un poco de medicamento en una taza limpia lejos de la etiqueta.		
Vierte el medicamento en la taza de dosificación, pone el vaso en una superficie plana y controla la dosis correcta a la altura de los ojos.		
Verifica los Cinco pasos correctos antes de darle el medicamento a Michelle observando el formulario de consentimiento y el envase o la etiqueta del medicamento. El participante menciona cada punto en voz alta mientras los controla.		
Marque cada recuadro a continuación mientras el participante menciona correctamente cada uno de los Cinco pasos correctos :		
☐ Michelle Lewis ☐ Suspensión de amoxicilina 250 mg/5 ml ☐ 1 cucharadita ☐ oral ☐ 2 p. m.		
Le da el medicamento a Michelle.		
Vierte un poco de agua en el vaso para recoger el medicamento que pudo haber quedado en los bordes y se lo da a Michelle.		
Haga una marca de verificación en esta casilla, si el participante dio el medicamento al niño de manera satisfactoria.		



Especificar la administración de medicamentos				
Tarea	Habilidad observada			
Inmediatamente después de administrar el medicamento, el participante anota de manera correcta y completa que le ha dado el medicamento a Michelle en el <i>Registro de Administración de Medicamentos</i> .				
Fecha: 10/04/XXXX Dosis: 1 cucharadita Duración: 1:50 p. m. o puede adaptarse al tiempo destinado a administrar el medicamento; debe especificar a. m./p. m. Firma: Se debe firmar en los espacios indicados				
Verifica los (înco pasos correctos observando el formulario de consentimiento y el envase o la etiqueta del medicamento. El participante menciona cada punto en voz alta mientras los verifica.				
Marque cada recuadro a continuación mientras el participante menciona correctamente cada uno de los <i>Cinco pasos correctos</i> :				
□Michelle Lewis □ Suspensión de amoxicilina 250 mg/5 ml □1 cucharadita □oral □2 p.m.				
El participante no deja el medicamento sin supervisión luego de retirarlo del lugar de almacenamiento segura y vuelve a poner el medicamento de inmediato en el lugar de almacenamiento seguro después de documentar la administración.				
Coloca el medicamento que quedó en el vaso otra vez en el envase o lo desecha mediante una técnica adecuada.				
Manifiesta que se lavó las manos y que lavó las manos de Michelle.				
Marque esta casilla si el participante documentó con éxito la administración del medicamento y lo devolvió de forma segura al lugar de almacenamiento.				

CALIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE:	
□ Aprobado	
□ Reprobado (<i>Explicar:</i>)
□ Incompleto (<i>Explicar</i> :)
Firma del evaluador:	





Herramientas para practicar habilidades: Verificación de los *CÍNCO pasos correctos*

STAT

Administrar medicamentos es una parte muy seria de su trabajo. Saber los **(inco pasos correctos** no es suficiente. Cuando administre el medicamento, debe hacer coincidir el nombre y apellido del niño, el medicamento, la vía de administración, la hora y la dosis que aparecen en el medicamento con el nombre y apellido del niño, el medicamento, la vía de administración, la hora y la dosis que aparecen en el formulario de consentimiento para cerciorarse de que está administrando bien el medicamento. Eso se denomina verificar los **(inco pasos correctos.**

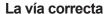
Cuando verifique los **(inco pasos correctos** para administrar el medicamento, recuerde:

El niño correcto

 Verifique que coincidan el nombre y apellido escritos en el formulario de consentimiento con el nombre y apellido escritos en el envase o la etiqueta de la farmacia y con los del niño al que está por darle el medicamento.

El medicamento correcto

- Cerciórese de que el medicamento que aparece en la etiqueta del envase coincida exactamente con el *Formulario de Consentimiento* para Medicamentos. Tenga mucho cuidado porque los nombres de los medicamentos pueden sonar y escribirse casi de la misma manera, pero ser muy diferentes.
- Algunos medicamentos, como los inhaladores, EpiPens® y las cremas, vienen en una caja con una etiqueta de la farmacia. Saque siempre el envase del medicamento de la caja etiquetada y controle que el nombre y la concentración del medicamento que figuran en el envase coincidan con los de la etiqueta.



 Verifique que haya coincidencia entre la vía de administración escrita en el formulario de consentimiento, la vía escrita en el envase o la etiqueta de la farmacia y la manera en que vaya a administrar el medicamento al niño.

La dosis correcta

• Verifique que haya coincidencia entre la dosis escrita en el formulario de consentimiento, la dosis escrita en el envase o la etiqueta de la farmacia y la dosis que preparó para administrar.

La hora correcta:

- Verifique que la hora escrita en el Formulario de Consentimiento para Medicamentos coincida con la
 hora escrita en la etiqueta y el envase de la farmacia y con la hora actual. Recuerde que si el proveedor
 de atención médica no escribió la hora cuando debe administrarse el medicamento (por ejemplo, 12:00
 p. m.), deberá leer al dorso del formulario de consentimiento la hora que el padre escribió que usted
 debe administrar el medicamento.
- Si el medicamento debe administrarse cuando el niño lo necesita, en vez de a una hora específica, controle que haya coincidencia entre la información escrita en el formulario de consentimiento y los síntomas del niño. Por ejemplo, si las instrucciones indican que debe administrar Tylenol® cuando el niño presente fiebre de 101 F o superior, usted sabrá que corresponde administrar el medicamento si el niño tiene fiebre de 102 F.



Herramientas para practicar habilidades: Administración de medicamentos de manera segura

181117	
consen	conoce la importancia de verificar los (înco pasos correctos escritos en el formulario de timiento con la información escrita en la etiqueta o el envase del medicamento. Debe verificar esta ación tres veces cuando:
-	orepare para administrar el medicamento: Mire el libro de registro para cerciorarse de que el niño no haya recibido ya el medicamento.
	Llame al niño que corresponda y cerciórese de que el niño esté listo para recibir el medicamento.
	Lávese las manos y las del niño.
	Cuando el niño esté listo, lleve su formulario de consentimiento a donde guarda el medicamento y verifique los <i>Cinco pasos correctos</i> .
	Cuando saque el medicamento del lugar de almacenamiento, nunca lo deje en un lugar al que tengan acceso los niños.
	Revise las instrucciones y la información del envase para averiguar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento como, por ejemplo, si debe administrarse con las comidas o en ayunas.
	Si no revisó la fecha de vencimiento que está en el consentimiento informado y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
	Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Variarán según la vía de administración y el medicamento. Si fuera necesario, consulte el envase o el prospecto.
	ninistración del medicamento: Verifique los (inco pasos correctos. ¬ nombre completo del niño ¬ medicamento ¬ dosis ¬ vía ¬ hora
	Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y el formulario de consentimiento y todas las instrucciones especiales para la forma de administrar el medicamento. (Ver los manuales $7.1-7.8$.)
	otar que administró el medicamento: Anote inmediatamente en el registro del niño que le dio el medicamento.
	Verifique los Cinco pasos correctos. □ nombre completo del niño □ medicamento □ dosis □ vía □ hora
	Vuelva a guardar el medicamento en el lugar de almacenamiento.
	Vuelva a lavarse las manos y las del niño.
	Ayude al niño a volver al grupo.



Herramientas para practicar habilidades: Medición de medicamentos líquidos

TATA

Sobre el medidor debe estar escrito el nombre completo del niño. El medidor también debe tener la medida que coincida justo con la cantidad de medicamento que debe administrar según las instrucciones. No convierta las dosis de una medida a otra.

Además de las instrucciones específicas de cada medicamento, cuando mida un medicamento líquido cumpla los siguientes principios:

- Si desea marcar la dosis correcta en el medidor, cerciórese de marcarla al lado de la línea de medición, no sobre ella.
- Para evitar volcar el medicamento sobre la etiqueta, vierta el medicamento que está en el frasco alejado de la etiqueta.
- Use el punto inferior de la curvatura, no los extremos, para cerciorarse de que tiene la cantidad de medicamento correcta.
- Si vierte mucho medicamento en el medidor, vierta el exceso en un vaso descartable limpio.
- Si necesita más medicamento, en vez de usar el frasco, use lo que quedó en el vaso descartable limpio para obtener la dosis correcta.
- Salvo que se indique lo contrario, podrá verter el medicamento excedente en el envase original.

Si utiliza una TAZA DE DOSIFICACIÓN:



- Ponga el vaso en una superficie plana después de verter el medicamento y verifíquelo a la altura de los ojos.
- Vierta un poco de agua en el vaso después de administrar el medicamento, hágala girar para desprender el medicamento que haya quedado en los bordes y hágale tomar el agua al niño.

Si está usando una CUCHARA DE DOSIFICACIÓN:



- Verifique la dosis de medicamento a la altura de los ojos.
- Limpie todo exceso de medicamento que haya quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara de dosificación para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.
- Vierta un poco de agua en la cuchara después de administrar el medicamento, hágala girar para desprender el medicamento que haya quedado en los bordes y hágale tomar el agua al niño.



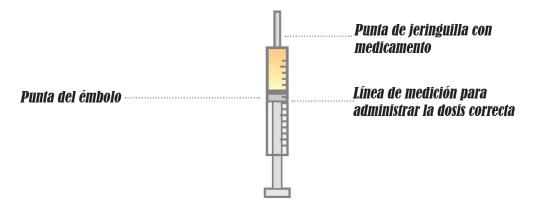
Si está usando una JERINGUILLA PARA MEDICAMENTOS ORALES:



- Si la jeringuilla tiene tapa, sáquela y tírela porque puede provocar asfixia.
- Cerciórese de que el émbolo esté bien abajo en la jeringuilla y absorba el medicamento.
 - *Si el frasco tiene un adaptador*, ponga la jeringuilla en el adaptador y tire del émbolo hasta obtener la dosis correcta.
 - Siga todas las otras indicaciones.

-0-

- *Si el frasco no tiene un adaptador*, vierta un *poco* de medicamento en un vaso descartable.
- Ponga la punta de la jeringuilla en el líquido que está dentro del vaso descartable.
- Tire del émbolo para absorber la cantidad correcta de medicamento.
- Haga coincidir la punta del émbolo con la línea de la jeringuilla que indique la dosis correcta.
- La punta de la jeringuilla debe estar llena de medicamento para que la dosis sea la correcta.



- Elimine todas las burbujas de aire. Para hacerlo:
 - Gire la jeringuilla de manera tal que la punta se dirija al techo.
 - Golpee suavemente la jeringuilla para mover las burbujas de aire hasta la parte superior de la jeringuilla.
 - Empuje suavemente el émbolo hasta que desaparezcan las burbujas de aire
 - Si la punta de la jeringuilla está doblada, es posible que tenga que ponerla en ángulo para eliminar todas las burbujas de aire.
- Vuelva a controlar la jeringuilla a la altura de los ojos para cerciorarse de que la dosis sea la correcta.
- Limpie el exceso de medicamento que haya quedado en la parte exterior de la jeringuilla para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.
- Ponga con cuidado la jeringuilla en la boca del niño, entre la parte posterior de las encías y la cara interna de la mejilla. Libere sólo la cantidad de medicamento que el niño pueda tragar de una vez.



Limpieza de los utensilios para administrar medicamentos

Mantenga siempre limpios los utensilios para administrar medicamentos. Esto evitará la administración de dosis incorrectas y posibles infecciones. Puede lavar las tazas de dosificación, las cucharas de dosificación, las jeringuillas orales y los trituradores de comprimidos con agua y detergente. Nunca ponga una jeringuilla para medicamentos orales en el lavavajillas.





Información sobre el asma

STAT

- El asma es una enfermedad crónica que afecta los pulmones.
- Cada niño se siente de manera diferente cuando tiene síntomas de asma, pero la mayoría de las veces
 tendrá tos repetida, jadeos, falta de aire y tensión en el pecho. Estos síntomas son producto de la
 inflamación (hinchazón) de las vías aéreas. Esto hace que las vías aéreas sean muy sensibles y suelen
 reaccionan con mayor intensidad ante determinados agentes (denominados factores desencadenantes)
 presentes en el medio ambiente.
- No hay cura para el asma, pero con los cuidados adecuados, puede controlarse.

Los factores desencadenantes son los agentes que causan un episodio de asma. Pueden ser virus u elementos del medio ambiente que estimulan el sistema inmunitario del niño y hacen que las vías aéreas se inflamen. A excepción de los resfríos, que en la mayoría de los niños pequeños desencadenan episodios de asma, los factores desencadenantes del asma varían según el niño. Las cosas que pueden desencadenar el asma en un niño quizás no afecten a otro. Además, los factores desencadenantes pueden variar a medida que el niño crece. La mejor manera de ayudar es conocer estos factores desencadenantes y evitarlos para reducir el riesgo de que el niño tenga un episodio. Entre los factores desencadenantes, pueden estar:

Desencadenantes	Prevención
Enfermedades respiratorias, como un resfrío o una gripe. El resfrío es el factor desencadenante más común en los niños pequeños.	Lleve a cabo procedimientos adecuados para el lavado de manos, limpie y desinfecte los juguetes y las superficies, vacunación para la gripe
Humo del tabaco	No permita que se fume en lugares de cuidado infantil. No use vestimenta que huela a humo de cigarrillo.
Excrementos de cucarachas y roedores	Mantenga limpia la zona de la cocina, selle las grietas de la cañerías y las zonas que están alrededor selle los nidos de ratas.
Moho	Evite goteras de agua; inspeccione con frecuencia el baño para verificar si hay moho.
Polvo, ácaros de polvo	Controle el polvo, pase la aspiradora después de que se hayan ido los niños, limpie el piso con paños mojados/húmedos.
Caspa de mascotas	Mantenga siempre las mascotas fuera de las zonas de cuidado infantil.
Perfume	No use perfumes ni otros productos muy perfumados.
Emociones, como agitación o ansiedad	Evite extremos emocionales.
Haga ejercicio	Administre medicamentos antes del ejercicio si el proveedor de atención médica del niño lo indica.
Césped y polen de los árboles	Hable con los padres sobre las mejores formas de limitar los factores desencadenantes mientras el niño está al aire libre y los niveles de polen son elevados. Controle el polen en los lugares de cuidado infantil, pase la aspiradora después de que se hayan ido los niños, limpie el piso con paños mojados/húmedos.
Aire frío, humedad y cambios climáticos	Vestimenta adecuada, evite los extremos de temperatura.



Los primeros signos de advertencia son síntomas leves que se presentan antes de un episodio de asma. Es útil poder detectar los primeros síntomas de advertencia porque esto le permite actuar rápidamente. Las acciones tempranas pueden disminuir la gravedad del ataque, incluso evitar que ocurra el episodio de asma. Los primeros signos de advertencia son diferentes para cada niño; por lo tanto, es importante conocer las señales específicas de cada uno. A continuación hay algunos de los primeros signos de advertencia:

- cambios de conducta, como nerviosismo
- tos
- congestión o goteo nasal
- dolor de cabeza
- cansancio
- ojos vidriosos, picazón en la garganta o en el mentón

Signos y síntomas de un episodio de asma:

- agitación o susto
- respiración rápida o diferente
- jadeo
- tos continua
- problemas para respirar cuando el niño está acostado
- hombros encorvados cuando el niño está sentado
- piel inusualmente pálida

Tratamiento de un episodio de asma:

- Aleje al niño de los factores desencadenantes del asma.
- Calme al niño para reducir la ansiedad.
- Adminístrele el medicamento según las indicaciones del proveedor de atención médica del niño. (Consulte el *Formulario de Consentimiento para Medicamentos* del niño).
- Comuníquese con los padres o tutores del niño.
- Siga el plan para el tratamiento del asma del niño.
- Llame al 911, según sea el estado del niño.



Tratamiento para el asma

STAT

Medicamentos usados para tratar el asma.

En algún momento, muchos niños con asma necesitan tomar medicamentos. Algunos niños toman una combinación de medicamentos que los ayudan en el tratamiento del asma. Existen dos tipos de medicamentos para el asma.

Medicamentos para controlar:

Estos medicamentos *controlan* el asma y pueden prevenir ataques. Algunos niños necesitan tomar medicamentos de manera regular para prevenir un episodio de asma. Estos medicamentos se administran en forma regular, por lo general, a diario. En el caso de los niños con asma persistente, el uso diario de corticosteroides inhalados es el tratamiento más efectivo.

Medicamentos de alivio rápido/de rescate

Algunos niños necesitan solamente el medicamento cuando tienen un episodio de asma o para prevenir ataques de asma relacionados con el ejercicio físico. Estos medicamentos surten efecto rápido para aliviar los síntomas del asma, pero no controlan la inflamación ni la sensibilidad de las vías aéreas.

Modos de administrar medicamentos para el asma

Los medicamentos para el asma suelen ser para inhalar. El modo como el niño usa el medicamento depende del tipo de medicamento y de su edad.

Nebulizador:

un nebulizador convierte el medicamento líquido en vapor que se inspira y llega a los pulmones. El niño respira con normalidad cuando usa el nebulizador.

Inhalador de dosis medida:

un inhalador de dosis medida (MDI) es un dispositivo que se usa para que el medicamento llegue directamente a los pulmones del niño.

Inhalador de dosis medida con dispositivo espaciador:

se puede agregar un espaciador al inhalador de dosis medida (MDI). Cuando se presiona el MDI, el medicamento pasa al tubo del espaciador. Luego, el niño inhala con facilidad el medicamento del tubo del separador.

Inhalador de polvo seco:

los inhaladores de polvo seco se usan para administrar medicamento en polvo seco directamente en los pulmones. Los inhaladores de polvo seco funcionan de modo diferente de los inhaladores de dosis medida, dado que el inhalador se activa cuando el niño inspira.

Medicamentos orales:

es posible que a los niños les receten medicamentos orales solos o en combinación con un medicamento inhalado.

Medidor de capacidad pulmonar máxima

Los niños en edad escolar que tienen asma persistente pueden hacer un seguimiento del modo como está controlada el asma mediante el uso de un medidor de capacidad pulmonar. Un medidor de capacidad pulmonar máxima es un dispositivo portátil de mano que se usa para medir con qué intensidad y rapidez el niño libera aire de los pulmones. Las mediciones de este medidor pueden brindar información importante que ayude al tratamiento del asma en el niño.





Ejemplo de un plan de salud para un niño con asma

å IAT	
Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Este plan tiene como objetivo que usted sepa los	factores desencadenantes de la afección en el niño, los un episodio de asma. Esto incluye información sobre
Si el niño toma un medicamento, siga las instruccipara Medicamentos.	ciones especificadas en el Formulario de Consentimien
Factores desencadenantes conocidos de episodi opciones que correspondan):	ios de asma del niño (haga un círculo en todas las
resfríos	agitación
moho	cambios climáticos
ejercicio	animales
polen de los árboles	humo
polvo	alimentos:
olores fuertes	
césped	otros:
flores	
opciones que correspondan): Al aire libre al aire libre en días frescos o ventosos saltar sobre hojas de árbol animales correr mucho jardinería jugar sobre césped recién cortado tratamiento reciente para césped otros:	Dentro de las instalaciones querosén/estufa a leña ambientes con calefacción pintura o renovaciones proyectos de arte con tiza, goma de pegar cuidados de animales sentarse sobre alfombras otros:
Primeros signos de advertencia de los episodios opciones que correspondan): cambios de humor, como nerviosismo respiración rápida sibilancia, tos capacidad pulmonar máxima congestión o goteo nasal otros:	dolor de cabeza fatiga cambios en las lecturas del medidor de la ojos vidriosos, picazón en la garganta o en el mentón



Síntomas y signos típicos de los episodios de asma de un niño (haga un círculo en todas las opciones que correspondan):

fatiga	agitación
rostro colorado, pálido o hinchado	fosas nasales muy abiertas
resoplos	boca abierta (jadeo)
respiración rápida	tos persistente
sibilancia	quejas de dolor/tensión en el pecho
excitabilidad	uñas/labios grises o azules
círculos oscuros debajo de los ojos	dificultad para jugar, comer, beber, hablar
pecho/cuello hundido	Otros:
 Lectura para administrar una dosis extra (Consulte el <i>Formulario de Consentimies</i>) Lectura para obtener ayuda médica 	onar máxima para controlar la necesidad de
Personal Identifique al personal que brindará cuidados al r	niño: Credenciales o información sobre
Nombre	licencia profesional*
necesitará para brindar cuidados al niño. Además,	competencia adicionales que el personal mencionado describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de ño necesite uno para el tratamiento del asma.
necesitará para brindar cuidados al niño. Además, adicionales e incluya quién dará la capacitación Es	describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de
necesitará para brindar cuidados al niño. Además, adicionales e incluya quién dará la capacitación Es	describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de
necesitará para brindar cuidados al niño. Además, adicionales e incluya quién dará la capacitación Es	describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de
necesitará para brindar cuidados al niño. Además, adicionales e incluya quién dará la capacitación Es	describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de
necesitará para brindar cuidados al niño. Además, adicionales e incluya quién dará la capacitación Es	describa cómo se logrará esta capacitación y competencia sto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de



Plan de acción si el niño tiene un episodio de asma:

- 1. Aleje al niño de cualquier factor desencadenante.
- 2. Siga las instrucciones de un proveedor de atención médica acerca de la administración de medicamentos contra el asma.
- 3. Notifique a los padres de inmediato si administra medicamentos.
- 4. Busque ayuda médica de emergencia si:
 - el niño no mejora a los 15 minutos del tratamiento y usted no puede ubicar a la familia; *O BIEN*
 - después de recibir tratamiento, el niño:
 - ♦ resopla o le cuesta mucho respirar,
 - ♦ no quiere jugar,
 - ♦ respira rápido cuando está en reposo (>50/min)
 - ♦ tiene las uñas o los labios grises o azules,
 - ♦ le cuesta caminar o hablar,
 - ♦ llora más bajo y por períodos más breves,
 - ♦ sus fosas nasales están más abiertas de lo normal,
 - ♦ se encorva para respirar,
 - ♦ se le hunde la piel (del pecho o cuello) cuando respira,
 - ♦ está extremadamente agitado o adormecido,
 - ♦ se desmaya o deja de respirar.

Firma del Representante Autorizado del Programa:

Entiendo que es mi responsabilidad seguir el plan mencionado antes y todas las reglamentaciones de salud y control de infecciones para guarderías relacionadas con la modalidad de cuidados que brindo. Este plan se desarrolló en estrecha colaboración con los padres de los niños y sus proveedores de atención médica. *Comprendo que es mi responsabilidad controlar que el personal seleccionado para brindar todos los tratamientos y medicamentos al niño mencionado en este plan de salud tenga un certificado válido de MAT, certificaciones de CPR y primeros auxilios, si corresponde, o una licencia que lo exima de realizar la capacitación; y que haya recibido la capacitación adicional necesaria, y que demuestre competencia para administrar el tratamiento y los medicamentos según el plan identificado.

Nombre del proveedor/centro:	Número de Número de teléfono			
	identificación del	centro:		
	centro:	Contro.		
	centro.			
Nombre del proveedor de cuidado infantil autoriz	Fecha:			
Firma del proveedor de atención infantil autoriza	do:			
Firms del nedre la madra a tutar				
Firma del padre, la madre o tutor				
		Fecha:		





Departamento de Salud del Estado de Nueva York Plan de acción para el asma

mbre	ción contr	Fecha de nacimiento	Grado/Maestro
oveedor de atención médica		Teléfono del consultorio del proveedor de atención médica	Número de expediente médico
dre/Tutor		Teléfono	Teléfono alternativo
ntacto de emergencia alternativo del padre/tutor		Teléfono	Teléfono alternativo
AGNÓSTICO DE GRAVEDAD DEL ASN Intermitente ☐ Persistente [○ Le	eve () Moderada () Grave]	☐ Clima ☐ Olores ☐ Polen	Animales Polvo Alimer
ZONA VERDE: ¡ADELANTE!	Tome estos MEDICAMENTOS	DE CONTROL DIARIO (PREVENCIÓ)	I) CADA DÍA
Jsted tiene TODO o siguientes: Respira bien No tiene tos ni sibilancia Puede trabajar y jugar Puede dormir toda la noche	No necesita medicamentos de control diario Medicamentos de control diario Realice inhalaciones o tome Para el asma provocada por el ejercicio, AGRE inhalaciones con espaciador SIEMPRE ENJUÁGUESE LA BOCA DESPUÉS DE L	GUE:	
ONA AMARILLA: ¡PRECAUCIÓN!	Continúe con los MEDICAMENT	OS DE CONTROL DIARIO y AGREGUE IO	s medicamentos de ALIVIO RÁPID
Jsted tiene ALGUNO de os siguientes síntomas: Tos o sibilancia leve Opresión en el pecho Falta de aire Problemas para dormir, trabajar o jugar	Realiceinhalaciones cada Realice un tratamiento con nebulizador Otro Si el medicamento de alivio rápido NO DA RESULTAD Si está usando un medicamento de alivio rápido	ó el médico, y añada el siguiente medicamento de alivio rápido o horas, si es necesario. Utilice siempre un espaciador; 00 enminutos, tómelo nuevamente y L 0 más deveces enhoras, LLAV DE 24 HORAS, LLAME AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉD	inhalador demo; algunos niños podrían necesitar una mascarillanebulizador demg /mde cadahoras, si es necesario. LAME a su proveedor de atención médica E a su proveedor de atención médica
ZONA ROJA: ¡EMERGENCIA!	Continúe con los MEDICAMENTOS D	E CONTROL DIARIO y con los medicamentos	de alivio rápido y ;obtenga ayuda
Jsted tiene ALGUNO de os siguientes síntomas: Mucha dificultad para respirar Los medicamentos no hacen efecto La respiración es rápida y dificultosa La nariz está muy abierta, se le notan las costillas, no puede hablar bien Los labios o las uñas están de color grisáceo o azulado	Realice un tratamiento con nebulizador de Otro LI AME NUEVAMENTE AL PROVEEDOR DE A	horas, <i>si es necesario.</i> Utilice siempre un espaciador, ————————————————————————————————————	nebulizador de mg / n
E REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA L			
<mark>ermiso del proveedor de atención médica:</mark> Solic	eito que se siga este pian tai como esta escrito.	Este pian es valido para el ano escolarFecha_	
irma		lar le dé a mi hijo los medicamentos indicados e ería escolar. Este plan se compartirá con el perso Fecha	
ermiso del padre/tutor: Doy mi consentimiento			
emiso del padre/tutor: Doy mi consentimient apacitado lo ayude a tomar dichos medicament irma	ra llevar y usar medicamentos de manera i		





Prevención de intoxicación no intencional con medicamentos

STAT

Consejos para mantener seguros a los niños:

- Almacene todos los medicamentos de manera segura.
- Los medicamentos deben guardarse en un lugar fuera del alcance y la vista de los niños.
- Tenga todos los medicamentos en su envase original etiquetado.
- Use envases con protección para niños siempre que sea posible.
- Nunca deje medicamentos sin supervisión.
- Vuelva a poner siempre los medicamentos en el lugar de almacenamiento inmediatamente después de usarlos.
- Nunca le diga "caramelo" a un medicamento.
- Ponga los números telefónicos importantes, como la línea de Control de Toxicología, sobre el teléfono o cerca de éste.
- Siempre siga los **(inco pasos correctos** cuando le administra un medicamento a un niño.

Si sospecha que un niño ha tomado un medicamento u otra sustancia toxica por accidente, llame al número de Control de Toxicología de inmediato.

No espere a que el niño parezca estar enfermo o se sienta mal.

El número del Centro de Control de Toxicología es:

1-800-222-1222





Anafilaxia

STAT

La anafilaxia es una reacción alérgica grave que afecta todo el cuerpo. El niño empeorará rápidamente y los síntomas pueden poner en riesgo su vida. A continuación se presentan algunas cosas alérgenos que suelen causan reacciones alérgicas graves en los niños:



Nueces, incluyendo (pero no limitado a) cacahuates, y nueces de árbol (pecanas, nuece, anacardos, etc.)



Veneno de mordeduras o picaduras de insectos o abejas



Medicamentos



Pescados y mariscos



Huevos



Leche



Trigo



Bayas o moras



Soja



Látex



¿Qué aspecto tiene la anafilaxia?



Identifique los siguientes síntomas de anafilaxia para poder actuar rápido:



- Picazón
- Hinchazón de los labios y/o lengua
- Hormigueo de los labios y/o lengua
- Gusto metálico en la boca



- Falta de aliento
- Toser
- Jadeo
- Dificultad para respirar



- Picazón
- Rojez
- Urticaria
- Inflamación
- Palidez, piel fría y húmeda



- Picazón
- Ronquera
- Opresión/cierre
- Dificultad para tragar



- Dolor de pecho
- Pulso débil
- Mareo (sensación de desmayo)
- Desmayo
- Latidos cardíacos rápidos



- Confusión
- Dolor de cabeza



- Vómitos
- Náusea
- Diarrea
- Calambres abdominales intensos

Si está cuidando a un niño que muestra algún síntoma de anafilaxia,

¡llame al 911 de inmediato!



Autoinyector de epinefrina (EpiPen® o Auvi-Q®) Uso y almacenamiento

La epinefrina es el medicamento que, al ser administrado como inyección, puede aliviar los síntomas de la anafilaxia y puede salvar la vida de un niño. Si un niño bajo su cuidado tiene alergia a la picadura de abejas o a ciertos alimentos y tiene antecedentes de anafilaxia, el proveedor de atención médica probablemente prescriba epinefrina para tener a mano.

Los autoinyectores de epinefrina se presentan de dos maneras principales:

- **EpiPen**® (EpiPen® Jr inclusive) es un dispositivo de inyección automática descartable, prellenado, que contiene una dosis única de epinefrina.
- Auvi-Q® es un autoinyector compacto de epinefrina que da indicaciones verbales paso a paso durante el proceso de inyección.

Si un niño que usted esté cuidando tiene síntomas de anafilaxia y no se le ha recetado un autoinyector, obtenga asistencia de emergencia llamando al 911. Usted **NO PODRÁ** usar el autoinyector de un niño para otro niño bajo ninguna circunstancia.

Si su programa tiene en existencia un autoinyector de epinefrina no específico para un paciente, de acuerdo con la sección 3000-c de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, un proveedor capacitado puede administrarlo siguiendo los requisitos de administración de los autoinyectores de epinefrina en existencia.

Epi-Pen uso u almacenamiento

Para administrar bien EpiPen®

- Retire el autoinyector del tubo portador transparente: abra la tapa amarilla del tubo portador de EpiPen® o la tapa verde del tubo portador del autoinyector EpiPen Jr®. Incline y deslice el autoinyector fuera del tubo portador.
- Sostenga el autoinyector en el puño con la punta naranja apuntando hacia abajo.

 Nota: la aguja sale de la punta naranja. NUNCA ponga el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta naranja.
- Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad tirando hacia arriba sin doblarla ni girarla.
- Coloque la punta anaranjada contra el medio de la cara externa del muslo en un ángulo (perpendicular) al muslo. Mientras sostiene la pierna firmemente en su lugar, aleje la punta anaranjada de la pierna y haciendo un movimiento rápido empuje firmemente la punta anaranjada contra la cara externa del muslo hasta que haga "clic". Sosténgala firmemente contra el muslo durante aproximadamente 3 segundos (cuente lentamente: 1, 2, 3) para administrar el fármaco. La inyección se ha completado.
- Retire el autoinyector del muslo. La punta naranja se extenderá para cubrir la aguja. Masajee la zona de la aplicación durante 10 segundos. Busque atención médica de emergencia de inmediato. Es posible que el niño necesite más atención médica. Como los síntomas pueden volver a aparecer, incluso horas más tarde, por más que el niño parezca estar mejor, aún debe recibir atención de emergencia.
- Envíe el autoinyector utilizado al hospital con el niño e incluya la tarjeta de historia clínica del niño.



Manual 9.3

- El autoinyector utilizado con protección de aguja extendida no cabe en el tubo portador.
- La mayor parte del medicamento líquido queda en el auto-inyector y no puede ser reutilizado. El niño recibió la dosis correcta de medicamento si la punta naranja de la aguja está extendida y la ventana está bloqueada.
- No intente desarmar el autoinyector EpiPen® o EpiPen® Jr.

Es estándar protocolo enviar el auto-inyector con el niño(a) en la ambulancia.

Almacenar un EpiPen® o EpiPen Jr.®

- Almacenar un EpiPen® o EpiPen Jr.® a temperatura de ambiente entre 68° a 77° F (20° a 25° C).
- Protegerlo de la luz.
- No exponga al frio o calor extremo. Por ejemplo, no guarde en la guantera del vehículo y no almacenar en el refrigerador o el congelador.
- Examinar el contenido de la ventana transparente del autoinyector periódicamente. La solución debe ser transparente. Si la solución esta descolorida (color rosado o marrón) o contiene partículas sólidas, sustituya el autoinyector.
- Siempre mantenga el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr. ® en el tubo de transporte para protegerlo de los daños, sin embargo, el tubo portador no es resistente al agua.
- La liberación de seguridad azul ayuda a evitar la inyección accidental. Mantenga la liberación de seguridad azul hasta que necesite usar el EpiPen® o EpiPen Jr. ®
- El EpiPen® o EpiPen Jr.® tiene una fecha de caducidad. Reemplazarlo antes de la fecha de caducidad.
- Mantenga el EpiPen®/EpiPen Jr. ® y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños. Almacenar el autoinyector de manera que sea fácilmente accesible y se puede llegar a éste rápidamente, tal como en un botiquín de primeros auxilios o de emergencia de su programa o bolsa "para ir a fuera".

Auvi-Q® uso u almacenamiento Para administrar Auvi-Q® correctamente:

- Retire Auvi-O® del estuche. Una vez que haya retirado Auvi-Q® del estuche exterior, comenzará a reproducir instrucciones audibles que le explicarán cómo administrar el medicamento.
- Quite el protector de seguridad rojo.
- Ponga el extremo negro contra la cara externa del muslo (a través de la ropa, si fuera necesario), luego presione firmemente y manténgalo presionado durante 2 segundos. Sólo invecte en el medio de la cara externa del muslo. No invecte en otra parte del cuerpo.
- Después de utilizar Auvi-Q®, busque asistencia médica de inmediato

Es estándar protocolo enviar el auto-inyector con el niño(a) en la ambulancia.



Almacenar un AuviQ®

La epinefrina es sensible a la luz y debe almacenarse en el estuche exterior proporcionado para protegerlo de la luz. Guarde a 20° a 25° C (68° a 77° F); Excursiones permitidas a 15° a 30° C (ver temperatura ambiente controlada USP). No refrigerar. Antes de usar, compruebe que la solución en el autoinyector esté clara e incolora. Reemplace el inyector automático si la solución está descolorida, turbia o contiene partículas.

Responsabilidad de informar del programa

Según la Declaración sobre la Política 20-01 de la División de Servicios de Cuidado Infantil (DCCS) de la OCFS del Estado de Nueva York, durante este incidente grave, mientras se cubren las necesidades médicas del niño lesionado/enfermo, el programa debe garantizar la seguridad y supervisión de los otros niños en su cuidado. Debe avisar inmediatamente a los padres del niño lesionado/enfermo y a la OCFS. Si no puede hablar con el regulador asignado a su programa, debe hablar con otro representante de la Oficina. Dejar un mensaje de voz no es un aviso suficiente.

Las oficinas regionales y de registro dan cobertura por teléfono de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Durante este horario, debe hablar directamente con un representante de la oficina. Si descubrió el incidente fuera del horario de atención, debe llamar de inmediato a la oficina regional o de registro y dejar un mensaje de voz en el buzón principal de la oficina regional o de registro.

Al comienzo del siguiente día hábil, debe llamar a la oficina regional o de registro nuevamente y hablar directamente con un representante de la oficina. También debe mantener un registro escrito de cualquier incidente que ocurra en el programa completando el formulario OCFS-4436-S: *Informe de incidentes para el cuidado diurno de niños*.







Cómo un niño podría describir una reacción

Los niños tienen formas muy particulares de describir sus experiencias y percepciones, y las reacciones alérgicas no son la excepción. Cuando los adultos no pueden reconocer con rapidez que se está produciendo una reacción, o no entienden lo que un niño les quiere decir, se pierde un tiempo sumamente valioso.

Algunos niños, en especial los más pequeños, se meten la mano en la boca, o sacan o se rascan la lengua como respuesta a una reacción. Además, sus voces pueden cambiar (por ejemplo, se pueden tornar roncas o chillonas), y pueden arrastrar las palabras. Aquí le mostramos algunos ejemplos de las expresiones que podría usar un niño para describir una reacción:

- "Esta comida está demasiado picante".
- "Me arde [o me quema] la lengua".
- "Tengo algo clavado en la lengua".
- "Siento hormigueo [o ardor] en la lengua [o boca]".
- "Me pica la lengua [o la boca]".
- "Siento como si tuviera un pelo en la boca [o en la lengua]".
- "Siento la boca rara".
- "Tengo una rana en la garganta".
- · "Tengo algo atragantado".
- "Tengo la lengua hinchada [o pesada]".
- · "Siento los labios apretados".
- "Siento que tengo bichitos" (para describir la picazón de oídos).
- "Se me hinchó la garganta".
- "Me parece que tengo un bulto detrás de la lengua [o garganta]."

Si tiene la sospecha de que su hijo está teniendo una reacción alérgica, siga las instrucciones de su médico y trate la reacción rápidamente.

Para conocer más sobre el tratamiento de las alergias, visite www.foodallergy.org/treating-an-allergic-reaction





©2015, Food Allergy Research &





Niños con necesidades especiales de atención médica

TAT

Un **niño con necesidades especiales de atención médica** se define, según la reglamentación de la OCFS, como "un niño con afecciones crónicos de tipo físico, del desarrollo, de comportamiento o emocionales con una duración esperada de 12 meses o más y quien necesita un tipo o una cantidad de servicios de atención médica superior al que suelen necesitar los niños".

Para cuidar a un niño con necesidades especiales de cuidado de la salud, debe trabajar junto con la madre o el padre y el profesional de la salud para elaborar un *Plan individual de cuidado de la salud para un niño con necesidades especiales de cuidado de la salud* (ver Manual 10.5). El plan debe:

- Describir las necesidades especiales de atención médica del niño.
- Enumerar al personal del programa que brindará atención a ese niño. Todos los miembros del personal que vayan a administrar medicamentos o tratamientos al niño deberán ser administradores de medicamentos aprobados. Al menos uno de los empleados mencionados debe estar presente cuando el niño esté en el programa.
- Describir cualquier otro entrenamiento o habilidades adicionales que el personal identificado necesitará para administrar el medicamento o tratamiento al niño, cuál será la capacitación y quién la brindará.
- Dejar lugar para la firma del proveedor de atención médica del niño y hacer que lo firme.
- Hacer que un representante del programa autorizado y la madre o el padre firmen el Plan individual de cuidado de la salud para un niño con necesidades especiales de cuidado de la salud del niño. Archivar el plan.

Como las técnicas de administración y las necesidades de los niños varían, toda capacitación que el personal reciba para cuidar a un niño con necesidades especiales de atención médica es específica para ese niño y no es transferible de un niño a otro.





OCFS-LDSS-7006-S (11/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Usted puede usar este formulario o un documento equivalente aprobado de un plan individual de atención médica desarrollado para un niño(a) con necesidades especiales de salud.

Un niño(a) con necesidades especiales de salud se refiere a un niño(a) que tiene una condición física crónica, de desarrollo, conductual o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiere servicios de salud y otros relacionados a la salud de un tipo o en una magnitud que excede la requerida por otros niños en general.

MBRE DEL NIÑO(A):	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A):
DMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL 1	□ Medico
	☐ Asistente Médico☐ Enfermero(a) Practicante
dre/madre y el proveedor de atención méd	nción médica de su hijo(a) y el plan de cuidado identificado por el dica del niño(a). Esto debería incluir informaciónn completada en la cripción o información complartida después de la inscripción.
	_
	-
entifique a los proveedores del cuidado qu	e ofrecerán atención a este niño(a) con necesidades especiales de salud:
Nombre del Proveedor del Cuidado	Credenciales o Información Sobre la Licencia Profesional (si se aplica)



OCFS-LDSS-7006-S (11/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MEDICA PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

del cuidado de atención médica del ì		l lo identificó el padre/madre o al proveedor ón completada en la declaración médica nás, describa cómo se obtendrá esta
	a, incluido quién proveerá la capacitac	

	*	
iño(a). Los cuidadores identificado numerado en el plan especializado	s para proporcionar todos los tratamie de atención médica individual están fa n adicional necesaria y han demos	o(a) y el proveedor de atención médica de entos y administrar medicamentos al niño(a miliarizados con las regulaciones de cuidado trado competencia para administrar dicho
NOMBRE DEL PROGRAMA:	NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROGRAMA:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE	L NIÑO(A) (LETRA DE IMPRENTA):	FECHA:
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCION MÉDIC X	CA DEL NIÑO(A):	
IRMA DEL PADRE O MADRE:		
x		FECHA:
^		



Administración Independiente de Medicamentos

STAT

Los reglamentos de Cuidado Infantil de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York permiten que los niños en edad escolar lleven y usen un inhalador de asma o autoinyector de epinefrina en las siguientes circunstancias:

"No se permitirá a ningún niño que esté bajo cuidado que se administre los medicamentos de forma independiente, excepto aquellos medicamentos administrados según la sección 41*.11(h)(6) de esta Parte, sin la ayuda y la supervisión directa de los miembros del personal que estén autorizados para administrar medicamentos según la sección 41*.11 de esta Parte. Cualquier programa que elija ofrecer la administración de medicamentos a los niños cuando los niños que asisten al programa se administren los medicamentos de forma independiente o cuando los niños ayuden en la administración de sus propios medicamentos debe cumplir con las disposiciones de la sección 41*.11 de esta Parte". [41*.11(f)(3)]

"Cuando se apruebe a un programa para la administración de un inhalador a un niño con asma u otra condición respiratoria diagnosticada, o un autoinyector de epinefrina para anafilaxis, un niño de edad escolar puede llevar y usar estos dispositivos durante el horario del cuidado diurno si el programa consigue el permiso por escrito de tal uso de un proveedor de atención médica debidamente autorizado, el consentimiento de los padres y completa un plan de atención médica especial para el niño". [41*.11(h)(6)]

Si un programa está aprobado para administrar medicamentos o para administrar medicamentos de emergencia solamente, el programa debe mantener en archivo lo siguiente para cada niño de edad escolar que va administrar su inhalador de asma o el autoinyector de epinefrina independientemente:

- permiso por escrito del proveedor de salud del niño;
- consentimiento del padre o de la madre; y
- un *Plan Individual de Cuidado de la Salud para un Niño(a) con Necesidades Especiales* completado para el niño de edad escolar. El plan de cuidado de la salud individual del niño cumplirá con lo siguiente:
 - afirmar que el personal autorizado para administrar medicamentos debe estar disponible cuando el niño esté en el programa;
 - explicar cómo el niño va a llevar el medicamento y asegurar de que no esté accesible a otros niños en el programa;
 - explicar cómo el niño le dirá al personal del programa sobre la dosis que se administrará;
 - explicar cómo el personal documentará cada dosis que el niño tome independientemente;
 - explicar cómo el personal reconocerá y responderá a los posibles efectos secundarios; y
 - proveer una lista de cualquier capacitación o competencia adicional el personal aprobado para dar medicamentos tenga que tomar para cuidar al niño y quién proveerá esta capacitación.

El consentimiento de los padres, el consentimiento del proveedor de cuidado de la salud del niño, y el Plan Individual de Cuidado de la Salud para un Niño(a) con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud debe documentar el permiso para un niño de edad escolar para llevar consigo un inhalador o autoinyector.

Formulario OCFS-LDSS-7006S: *Plan Individual de Cuidado de la Salud para un Niño(a) con Necesidades Especiales de la Salud* está disponible y puede ser usado.





Administración de medicamentos fuera del programa

STAT

Si algún niño necesita medicamentos mientras se encuentra fuera del establecimiento del programa, usted necesitará:

- Que en la excursión haya un administrador de medicamentos aprobado si alguno de los niños que participan en la excursión necesita medicamentos.
- El medicamento, en el envase original de la farmacia.
- Que el medicamento se haya guardado en un lugar separado de alimentos y otras provisiones.
- Si el medicamento exige refrigeración, una alternativa para mantenerlo a una temperatura entre los 36-46 °F.
- Todos los utensilios para la administración o los equipos especiales que se necesiten para administrar el medicamento.
- El Formulario de Consentimiento para Medicamentos original del niño y el Registro de Administración de Medicamentos.
- Geles para lavarse las manos sin agua en caso de que no haya agua corriente para lavárselas.
- Números de emergencia de la zona que visiten.

Para los niños que no se van del establecimiento:

Si algún niño necesita medicamentos mientras los otros niños se encuentran fuera del establecimiento, usted necesita:

- Un administrador de medicamentos aprobado que esté disponible para administrar los medicamentos, y
- El Formulario de Consentimiento para Medicamentos y el Registro de Administración de Medicamentos disponibles para cualquier niño que se quede en el programa.





Botiquín de primeros auxilios



Cada programa de cuidado infantil debe tener un botiquín de primeros auxilios con los artículos necesarios para tratar una variedad de lesiones y situaciones.

Su plan de atención médica incluye una lista de lo que deberá tener en su botiquín de primeros auxilios y dónde estará ubicado en su programa. Los programas más grandes suelen tener varios botiquines.

En algunas zonas, los funcionarios municipales de toxicología podrían recomendar que incluya artículos específicos en su botiquín de primeros auxilios debido al tiempo que lleva conseguir tratamiento médico de emergencia. Cerciórese de consultarlos cuando prepare el botiquín de primeros auxilios y siga sus instrucciones.

Yoduro de potasio (KI)

Los programas de cuidado infantil ubicados dentro de un radio de 10 millas de una planta de energía nuclear recibieron una carta de la OCFS con instrucciones acerca de la administración de yoduro de potasio en caso de emisiones radioactivas. Todos los programas, incluidos los que no fueron aprobados para la administración de medicamentos, pueden tener yoduro de potasio en su botiquín de primeros auxilios o bolsa de emergencia. Los programas deben informar a los padres acerca de la ubicación geográfica del programa y del uso de yoduro de potasio.

El yoduro de potasio se puede adquirir sin receta médica y, a pesar de que se recomienda administrar yoduro de potasio a los niños en caso de exposición a la radiación, no es obligatorio. Usted debe obtener el consentimiento de los padres si no quieren que sus hijos reciban yoduro de potasio.





Errores en la administración de medicamentos

STAT

Un error en la administración de medicamentos es el que se comete en algún momento durante el proceso de su administración. Esto incluye no administrar un medicamento según las indicaciones.

Los errores en la administración de medicamentos incluyen:

- Olvidarse de administrar el medicamento
- Dar el medicamento incorrecto
- Dar el medicamento a la hora incorrecta (Incluye administrar el medicamento más de 30 minutos antes o más de 30 minutos después del momento programado O administrar el medicamento para síntomas que no están especificados por el proveedor de atención médica).
- Dar una dosis de medicamento incorrecta
- Dar el medicamento por la vía incorrecta
- Dar el medicamento al niño incorrecto
- Dar un medicamento vencido
- Dar un medicamento sin el permiso de los padres
- Dar medicamentos sin instrucciones válidas del proveedor de atención médica, como consentimientos vencidos

Cómo informar sobre un error en la administración de medicamentos

- Apenas descubra un error, comuníquese de inmediato con el padre o la madre del niño. Sugiera al padre o la madre que se comunique con el proveedor de atención médica del niño para decidir qué hacer.
- 2. Atienda las necesidades inmediatas del niño como lo indiquen los padres y el proveedor de atención médica.
- 3. Complete el *Formulario de Informe de Error de Medicación* de la OCFS y preséntelo ante la entidad que emitió su licencia o matrícula.
- 4. Debe notificar a quien le haya otorgado la licencia o matrícula dentro de las 24 horas de haber ocurrido el error.

Si ocurre un error en su programa, identifique las circunstancias o políticas actuales de administración de medicamentos que puedan haber contribuido a que se cometiera dicho error. Su asesor de atención médica es un buen recurso para ayudarlo a determinar qué salió mal. Con ese conocimiento, usted puede hacer cambios para prevenir equivocaciones futuras.





OCFS-LDSS-7005S (11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION



- Usted puede usar este formulario o puede crear uno similar utilizando este formulario como ejemplo.
- Todas las áreas de este formulario deben ser completadas.
- El padre/madre/tutor(a) del niño(a) debe ser notificado(a) de inmediato sobre cualquier error de administración de medicamentos.
- El proveedor(a) debería recomendar que los padres notifiquen al proveedor(a) de cuidado de la salud del niño(a) sobre cualquier error de medicación.
- La Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) debe ser notificada sobre todos los errores de medicación antes del cierre de funciones laborales del próximo día.
- El proveedor(a) debería recomendar que los padres notifiquen al proveedor(a) de cuidado de la salud del niño(a) sobre cualquier error de administración de medicamentos.
- Si más de un niño(a) ha sido implicado en el error, debe completarse un Formulario de Informe de Error de Medicación para cada niño(a).

NOMBRE DEL PROVEEDOR(A)/ESTABLECIMIENTO:	NUMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:	NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO:
NOMBRE DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A):
FECHA EN LA QUE SE COMETIO EL ERROR DE MEDICACION	l:	
¿Qué tipo de error ocurrió?:		
☐ Niño(a) erróneo		
Medicamento incorrecto		
☐ Horario incorrecto (se administró el medica	amento más de 30 minutos antes o n	nás de 30 minutos
después del horario autorizado)		
☐ Dosis incorrecta		
☐ Vía incorrecta		
☐ Se le administró un medicamento con fech	a expirada	
Se le olvidó darle el medicamento		
Fecha de consentimiento expirada		
Otro		
Complete esta sección para todos los errores, aprobado para el niño(a) (excepto para casos		n el formulario de consentimiento
		IA DE ADMINISTRACION AUTORIZADA:
La frecuencia de administración o los sign	os y síntomas que requieran la ad	ministración del medicamento de
acuerdo a la autorización en el formulario d	de consentimiento:	



OCFS-LDSS-7005S (11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS



FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION Describa el incidente (incluya a todos los individuos involucrados en el error): **ACCIÓN TOMADA** AGENCIA (OCFS) FUE NOTIFICADA: FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): PERSONA NOTIFICADA: ☐ Si ☐ No PADRE/MADRE/TUTOR(A) FUE NOTIFICADO(A) (Requisito FECHA DE LA NOTIFICACION PERSONA NOTIFICADA: inmediato): (mes/día/año, usando números): ☐ Sí ☐ No SE RECOMENDO QUE EL PADRE/MADRE/TUTOR(A) NOTIFICARA AL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO DE LA SALUD: FECHA DE LA RECOMENDACION: PERSONA A LA QUE SE LE RECOMENDO: (mes/día/año, usando números): ☐ Sí ☐ No OTRAS PERSONAS NOTIFICADAS (proveedor(a) de cuidado FECHA DE LA NOTIFICACION PERSONA NOTIFICADA: de salud previo): (mes/día/año, usando números): ☐ Sí ☐ No Describa la acción correctiva que se tomó (dé a conocer que se realizará una investigación): NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO (Letras de Imprenta): FECHA EN LA QUE EL FORMULARIO SE COMPLETO: FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO: Х Reviewed 1/2013



Siguientes pasos

STAT

Certificado de MAT

Cuando termine con éxito el curso de MAT, puede descargar e imprimir su certificado desde el sitio web de ECETP (www.ecetp.pdp.albany.edu/mytraining/). Asegúrese de mantener una copia para sus registros.

Su certificado de MAT:

- dura tres años:
- indica en qué idiomas puede aceptar permisos, instrucciones, prospectos o materiales relacionados, y
- sólo le permite administrar medicamentos en un establecimiento de cuidado infantil.

¿Qué ocurre luego?

La finalización del curso de MAT es sólo una parte de lo que necesita para convertirse en un administrador de medicamentos aprobado de su programa.

Deberá cumplir todos los requisitos que figuran a continuación antes de poder administrar medicamentos:

- Tener un certificado de MAT válido
- Tener y mantener vigente un certificado de primeros auxilios que cubra las edades de los niños que cuida
- Tener y mantener vigente un certificado de CPR que cubra las edades de los niños que cuida
- Tener 18 años de edad como mínimo
- Figurar como administrador de medicamentos en el plan de atención médica aprobado por su programa
- Hacer que el asesor de atención médica evalúe y firme el plan que lo apruebe como administrador de medicamentos
- Hacer que la entidad del programa que le haya otorgado la licencia o matrícula apruebe el plan de atención médica firmado
- Trabajar en un programa con una licencia o un matrícula impresa que indique que el programa está aprobado para la administración de medicamentos (salvo el personal exento por ley y el personal de centros de cuidado diurno de la ciudad de Nueva York)

Actualizaciones de los manuales

En ciertas ocasiones, puede haber actualizaciones de los manuales o nuevas versiones de manuales. Todos los manuales de MAT están publicados en nuestro sitio web: www.ecetp.pdp.albany.edu. Todos los manuales tienen fecha, para que pueda verificar si tiene la última versión.



Vencimiento del certificado

Su certificado de MAT tiene una validez de tres (3) años desde la fecha cuando haya terminado con éxito el curso de MAT. Si usted es un administrador de medicamentos aprobado de un programa con autorización para administrar medicamentos, reúne los requisitos para hacer la prueba de renovación de MAT.

Puede renovar su certificado de MAT por otros tres años con un examen de renovación que puede hacer en línea. Puede hacerlo dos veces consecutivas. Después de la tercera renovación en línea, también deberá hacer tres (3) Competencias para renovar su certificación de MAT.

Tendrá acceso a la prueba de renovación de MAT en línea a través de su cuenta ECETP. Recibirá un correo electrónico del Programa MAT cuando sea elegible para tomar la prueba de renovación de MAT en línea; este correo electrónico será enviado al menos tres meses antes de que termine el plazo de su certificado.

Si no recibe un correo electrónico y es elegible para renovar su certificado MAT, *usted* deberá comunicarse con el programa de MAT o la entidad que le otorgó la licencia o matrícula. Si usted no renueva su certificación de MAT *antes* de la fecha de vencimiento, deberá volver a hacer el curso de MAT para poder seguir administrando medicamentos en su programa.

Otros recursos

•	Asesor de Atención Médica:
	Número de contacto:
	Si no conoce al asesor de atención médica de su programa o no sabe cómo comunicarse con él, hable con su director y averigüe cómo puede dar con esa persona.
•	Entidad de la OCFS (Oficina de Servicios para Niños y Familias) que le haya otorgado la licencia o matrícula:
	Número de contacto:
•	Programa de Capacitación en Administración de Medicamentos y Programa de Reintegros de MAT: 1-800-295-9616 MAT@albany.edu
•	Otros:



Cuestionario de MAT acerca de las reacciones

	å ¶AT					
Insti	ructor:		Fed	cha de hoy:		
de h	ce este formulario para evaluar el curso de Capacitad acer. Para nosotros es importante saber si la capaci nimas.				, ,	
Inst	rucciones: sírvase utilizar la escala que sigue a co cada una de las siguientes afirmacione		para indicar	en qué med	ida está de a	cuerdo con
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	La capacitación fue de muy buena calidad en general.	(5)	4	3	2	①
2.	Los objetivos de la capacitación estuvieron muy claros.	(5)	4	3	2	①
3.	La capacitación fue más difícil de lo que esperaba.	(5)	4	3	2	1
4.	La duración de la capacitación fue adecuada.	(5)	4	3	2	①
5.	El instructor tenía muchos conocimientos acerca del contenido.	(5)	4	3	2	①
6.	El instructor estaba bien preparado y bien organizado.	(5)	4	3	2	①
7.	Las instalaciones del aula propiciaban el aprendizaje	(5)	4	3	2	①
8.	Los materiales y los manuales resultaron muy útiles.	(5)	4	3	2	①
9.	Los contenidos de la capacitación se explicaron de manera clara y comprensible.	(5)	4	3	2	①
10.	Según la información que recibí en este curso, me siento preparado para administrar medicamentos en el programa de cuidado infantil.	(5)	4	3	2	①
11.	Tengo pensado administrar medicamentos en mi programa.	(5)	4	3	2	①
12.	¿Hay alguna información que le hubiese gustado que s administrar medicamentos a niños que cuida?	se analizara	durante la ca	pacitación y o	que lo ayudar	ía a

rso Complete los puntos que figuran al dorso

Dorso

^{13.¿}Tiene alguna sugerencia para acortar la capacitación?



Capacitación en administración de medicamentos (MAT) Cuestionario de MAT acerca de reacciones (*Página 2*)

14.	¿Por qu	é decidió tomar el curso de MAT?
		Me envió mi empleador.
		Me lo recomendó quien otorga la licencia/el registro.
		Cuido a un niño que necesita medicamentos.
		Lo exigieron los padres.
	_	Porque deseo crecer profesionalmente.
		Me lo recomendó otro proveedor de cuidado infantil.
	Ц	Otros:
15.	¿Durant licencia	te cuánto tiempo fue proveedor de cuidado infantil en un programa de cuidado infantil registrado o con?
		Durante menos de 6 meses
		De 6 meses a 1 año
		De 1 a 3 años
		De 4 a 5 años
		De 5 a 10 años
		Durante más de 10 años
16.	¿En qué	é clase de programa de cuidado infantil trabaja?
		Cuidado diurno en familia
		Cuidado diurno de un grupo en familia
		Centro de cuidado diurno
	_	Programa de cuidado de niños en edad escolar
		Programa de cuidado infantil legalmente exento que recibe subsidio del estado.
17.	¿En qué	é región del estado de Nueva York trabaja?
		Buffalo (condados de Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans y Wyoming)
		Rochester (condados de Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Seneca, Schuyler, Steuben, Wayne y Yates)
		Syracuse (condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida,
		Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tioga y Tompkins)
		Albany (condados de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Otsego, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Warren y Washington)
		Yonkers (condados de Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester)
		Ciudad de Nueva York (condados del Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens y Staten Island)
		Long Island (condados de Nassau y Suffolk)
40		
	Edad: _	
19.	_	ás alto de educación:
		Inferior al diploma de la escuela secundaria/GED
		Diploma de la escuela secundaria/GED Universitario, sin haber obtenido un título
		Asociado de desarrollo infantil (CDA) u otra credencial de cuidado infantil
		Título vocacional
		Título universitario
		Maestría o superior

¡Muchas gracias!