



**Office of Children
and Family Services**

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 © 2023 por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York



**Oficina de Servicios
para Niños y Familias**



**PROFESSIONAL
DEVELOPMENT PROGRAM
ROCKEFELLER COLLEGE
UNIVERSITY AT ALBANY
State University of New York**

Materiales del participante de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)

ÍNDICE

Agenda	1
Materiales del participante.....	3
Folleto 1.1: Recursos de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)	5
Folleto 1.2: Información general de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)....	7
Folleto 1.3: Glosario.....	9
Folleto 2.1: Qué son los Cinco pasos correctos?	17
Folleto 2.2: Cómo cotejar los Cinco pasos correctos.....	19
Folleto 2.3: OCFS-LDSS-7002-S: Consentimiento Para Medicamentos.....	21
Ejercicio 2.1: Identificación de los Cinco pasos correctos	23
Respuestas 2.1: Ejercicio 2.1: Identificación de los Cinco pasos correctos	31
Folleto 3.1: Efectos de los medicamentos	39
Folleto 3.2: Vías de administración de los medicamentos.....	41
Folleto 3.3: Descripción general de las vías de administración de los medicamentos abordadas en el curso de la MAT	43
Folleto 3.4: Tipos de medicamentos	45
Ejercicio 3.1: Cómo responder frente a los efectos de los medicamentos	47
Ejercicio 3.2: Cómo identificar los tipos de medicamentos.....	49
Respuestas 3.1: Ejercicio 3.1: Cómo responder frente a los efectos de los medicamentos	51
Respuestas 3.2: Ejercicio 3.2: Cómo identificar los tipos de medicamentos.....	55
Folleto 4.1: Qué permisos e instrucciones necesito para administrar un medicamento?.....	57
Folleto 4.2: OCFS-LDSS-7002-S.....	59
Folleto 4.3: Abreviaturas médicas comunes	61
Folleto 4.4: OCFS-LDSS-7004-S.....	63
Folleto 4.5: Documentación correcta	65
Folleto 4.6: OCFS-LDSS-7003-S.....	67
Folleto 4.7: Almacenamiento de los medicamentos	69
Folleto 4.8: Aceptación de un medicamento.....	73
Folleto 4.9: Recursos para la administración y requisitos de etiquetado de los medicamentos.....	75
Folleto 4.10: La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento	77
Folleto 4.11: Planificación del día	79
Ejercicio: 4.1: Aceptación de un medicamento	81
Respuestas 4.1: Ejercicio 4.1: Aceptación de un medicamento	85
Folleto 5.1: Cómo administrar medicamentos a niños.....	89
Folleto 5.2: Situaciones especiales.....	91

Folleto 5.3: Cómo administrar un medicamento de forma segura	93
Folleto 6.1: Lavado de manos.....	95
Folleto 6.2: Uso de guantes ¹	97
Folleto 6.3: Limpieza, higiene y desinfección	99
Folleto 7.1: Aplicación tópica de un medicamento.....	101
Folleto 7.2: Aplicación de parches medicados.....	103
Folleto 7.3: Administración de un medicamento por vía oral.....	105
Folleto 7.4: Cómo medir un medicamento líquido	107
Folleto 7.5: Administración de un medicamento inhalado por vía oral.....	111
Folleto 7.6: Administración de un medicamento inhalado por vía nasal.....	113
Folleto 7.7: Administración de un medicamento por vía oftálmica.....	115
Folleto 7.8: Administración de un medicamento inhalado por vía ótica	117
Práctica de habilidades 7.1: Administración de un líquido por vía oral.....	119
Práctica de habilidades 7.2: Formulario De Consentimiento Para Medicamentos	121
Práctica de habilidades 7.3: Registro De Administración De Medicamentos	123
Práctica de habilidades 7.4: Copia impresa de la farmacia: Amoxicilina	125
Práctica de habilidades 7.5: Tabla de evaluación para la demostración de habilidades	127
Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo cotejar los Cinco pasos correctos	131
Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo administrar un medicamento de forma segura	132
Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo medir un medicamento líquido	133
Folleto 8.1: Datos sobre el asma	137
Folleto 8.2: Tratamiento del asma	139
Folleto 8.3: Ejemplo de un plan de atención médica para un niño con asma.....	141
Folleto 8.4: Plan de acción para el asma del Departamento de Salud del Estado de Nueva York .	145
Folleto 9.1: Prevención de intoxicación no intencional por un medicamento	147
Folleto 9.2: Anafilaxia.....	149
Folleto 9.3: Uso y almacenamiento del autoinyector de epinefrina (EpiPen® o Auvi-Q®)	151
Folleto 9.4: Cómo un niño podría describir una reacción	155
Folleto 9.5: OCFS-LDSS-6029-S	157
Folleto 10.1: Niños con necesidades especiales de salud	161
Folleto 10.2: OCFS-LDSS-7006-S	163
Folleto 10.3: Administración independiente de un medicamento	165
Folleto 10.4: Administración de un medicamento fuera de las instalaciones del programa	167
Folleto 10.5: Botiquín de primeros auxilios	169
Folleto 10.6: Errores en la administración de un medicamento.....	171
Folleto 10.7: OCFS-LDSS-7005-S	173
Folleto 11.1: Próximos pasos.....	175
Evaluación: Cuestionario sobre la respuesta a la MAT	177

Agenda

	Duración aproximada
MÓDULO 1: Introducción a la Capacitación en Administración de Medicamentos	30 minutos
Introducción	
Uso de los materiales de la clase	
MÓDULO 2: Los Cinco pasos correctos para una administración segura de medicamentos	45 minutos
Los Cinco pasos correctos para una administración segura de medicamentos	
MÓDULO 3: Información general sobre los medicamentos	50 minutos
Efectos de los medicamentos	
Vías de administración de los medicamentos	
Categorías de medicamentos	
MÓDULO 4: Manipulación de los medicamentos	55 minutos
Permisos, instrucciones y documentación	
Manipulación, almacenamiento y eliminación	
MÓDULO 5: Administración segura de medicamentos	20 minutos
Cómo administrar medicamentos a niños, incluidos niños enfermos y no cooperativos	
Cómo administrar un medicamento de forma segura	
MÓDULO 6: Precauciones de seguridad relacionadas con la administración de medicamentos	20 minutos
Precauciones de seguridad para la administración de medicamentos	
Lavado de manos	
MÓDULO 7: Técnicas de preparación y administración	2.5 horas
Administración de medicamentos por vía oral, tópica, oftálmica, ótica, por inhalación, y colocación de parches medicados	
MÓDULO 8: Asma	10 minutos
¿Qué es el asma?	
MÓDULO 9: Atención de emergencia	20 minutos
Intoxicación no intencional por un medicamento	
Anafilaxia y tratamiento	
MÓDULO 10: Situaciones especiales	20 minutos
Niños con necesidades especiales de salud	
Administración independiente de un medicamento	
Administración de un medicamento fuera de las instalaciones del programa	
Errores en la administración de un medicamento	
MÓDULO 11: Conclusión	10 minutos

Página dejada intencionalmente en blanco

Materiales del participante

Folleto 1.1: Recursos de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)

El curso de Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) está aprobado por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS, por sus siglas en inglés) y fue diseñado para enseñar las técnicas de las mejores prácticas de administración de medicamentos, y para ayudar a comprender las regulaciones de la OCFS sobre la administración de medicamentos.

Regulaciones

Las regulaciones son la estructura básica del modo en que funcionan los programas de cuidado diurno infantil. Estas establecen estándares mínimos para la calidad de cada programa. Como proveedor de cuidado diurno infantil, usted es responsable de conocer los requisitos de la ley y las regulaciones. Este curso abarca las regulaciones de la OCFS sobre la administración de medicamentos en su programa.

El instructor de la MAT pondrá a disposición una copia de las regulaciones durante toda la capacitación. Debe contar siempre con la versión más reciente de las regulaciones de la OCFS en su programa. Consulte periódicamente el sitio web de OCFS (www.ocfs.ny.gov) en caso de que haya cambios.

Folleto

El curso de la MAT abarca mucha información, tanto en video como en folletos. No es necesario que la memorice. La información que contienen los videos también se encuentra en los folletos. Puede conservar los folletos y utilizarlos durante toda la capacitación y en su programa.

En ocasiones, se los actualiza con información nueva. La versión más reciente de todos los folletos de la MAT se encuentra disponible en www.ecetp.pdp.albany.edu. Los folletos tienen una fecha impresa al final de la página. En el sitio web, también encontrará la fecha de la última actualización del folleto. Visite el sitio web con regularidad para conocer dichas actualizaciones.

Formularios de la OCFS

Los folletos de la MAT incluyen los formularios aprobados por la OCFS. En el curso de la MAT, se utiliza la versión más reciente de dichos formularios. Consulte periódicamente el sitio web de la OCFS (www.ocfs.ny.gov) para conocer la versión más reciente o para obtener una versión electrónica.

Planes de atención médica

El instructor de la MAT tiene copias de las plantillas de cada modalidad de los planes de atención médica aprobados por la OCFS. Su programa debe contar con un plan de atención médica aprobado por la OCFS. Debe conocer lo que está escrito en el plan de atención médica de su programa y seguir las políticas y los procedimientos allí contenidos.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 1.2: Información general de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)

Administración de medicamentos en un programa de cuidado infantil

Lo indicado a continuación *no* se considera medicamento y puede administrarse con el permiso escrito de la madre o el padre:

- Pantalla solar
- Repelente de insectos de aplicación tópica
- Ungüentos de uso tópico de venta libre (incluidos ungüentos, cremas, geles y lociones)

No obstante, si las instrucciones del envase indican que se debe consultar a un médico, deberá contar con una instrucción por escrito del proveedor de atención médica del niño para poder administrárselo.

Si el niño necesita un medicamento que no está incluido en la lista anterior, debe tener una aprobación para administrarlo. La obtención del certificado de la MAT forma parte del proceso de aprobación.

Sobre el curso de la MAT

- El curso de la MAT capacita a los proveedores de cuidado diurno infantil para que puedan administrar medicamentos a niños en un entorno de cuidado infantil de forma segura. El curso está aprobado por la OCFS.
- En este curso, aprenderá siete maneras de administrar medicamentos:
 - ♦ Sobre la piel (aplicación tópica)
 - ♦ Por vía oral (incluye la aplicación tópica en la boca)
 - ♦ Por inhalación (el niño lo inhala por la nariz o por la boca)
 - ♦ Aplicando parches medicados
 - ♦ Por vía ótica
 - ♦ Por vía oftálmica
 - ♦ Utilizando un autoinyector, como un EpiPen®, para inyectar epinefrina
- Para obtener el certificado de la MAT al final del curso, debe aprobar un examen escrito y las demostraciones de habilidades.

Para aprobar el curso, debe demostrar que es capaz de hacer lo siguiente:

- Leer y comprender la información que trae el medicamento en el idioma en el que está escrita. Esto incluye las etiquetas de los medicamentos, los prospectos y las copias impresas de la farmacia.
- Leer y comprender las instrucciones de los padres y del proveedor de atención médica.
- Leer y comprender los formularios de permiso parental.
- Dejar asentado por escrito que administró el medicamento.
- Leer, comprender y seguir las instrucciones paso a paso para la administración segura de medicamentos.

Examen

Solo se evaluará su conocimiento de la información incluida en los folletos de la MAT y en los videos. Al realizar el examen, podrá usar todos los folletos de la MAT.

Examen escrito

- El examen consiste en 60 preguntas de opción múltiple.
- Para aprobar el examen, debe obtener un puntaje del 80 % como mínimo.
- Si no aprueba el examen escrito en el primer intento, puede hacer otro examen con preguntas diferentes. Si no lo aprueba en el segundo intento, deberá realizar el curso completo de la MAT nuevamente.

Demostración de habilidades

Debe demostrarle al instructor que es capaz de hacer lo siguiente:

1. Administrar medicamentos de forma segura por una de las vías incluidas en la lista a continuación:
 - ♦ Oral (por la boca)
 - ♦ Aplicación tópica (sobre la piel)
 - ♦ Por inhalación, a través de la boca o la nariz
 - ♦ Oftálmica
 - ♦ Ótica
 - ♦ Aplicación de un parche medicado

Se evaluará una sola vía de administración, pero usted debe ser capaz de administrar los medicamentos por cualquiera de las vías indicadas arriba, ya que no sabrá hasta el momento del examen cuál de ellas se evaluará. Para que pueda prepararse, proporcionamos un ejemplo de esto en el video. El examen incluye cotejar los *Cinco pasos correctos* para una administración segura de medicamentos. Puede leer acerca de los *Cinco pasos correctos* en el Folleto 2.1.

2. Medir correctamente los medicamentos líquidos utilizando lo siguiente:
 - ♦ un vaso dosificador;
 - ♦ una cuchara dosificadora; o
 - ♦ una jeringa para administración por vía oral.
3. Administrar epinefrina correctamente utilizando un autoinyector.

Un instructor certificado de la MAT observará cómo lleva a cabo cada una de estas habilidades. Si no aprueba en el primer intento, puede volver a intentarlo. Puede que se evalúe la misma vía de administración u otra.

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

Personas que NO necesitan asistir a la MAT

Quienes presenten una licencia válida del Estado de Nueva York para ejercer como médico, asistente de médico, personal de enfermería registrado, practicante de enfermería, practicante de enfermería con licencia o técnico médico de emergencia avanzado no necesitarán asistir a la MAT para poder administrar medicamentos en un programa de cuidado diurno.

Se solicitará la documentación que respalde las credenciales de la persona en uno de los campos mencionados arriba, y se deberá incluir una copia de dicha documentación en el Plan de atención médica.

Folleto 1.3: Glosario

Utilice este glosario de palabras y frases seleccionadas para comprender cómo se usan en el curso de la MAT.

abreviatura	Forma corta o símbolo utilizado en lugar de una palabra completa.
acrónimo	Palabra formada con las primeras letras de cada parte de un término compuesto. (Por ejemplo, MAT=Medication Administration Training [Capacitación en Administración de Medicamentos].)
administración	Acción de suministrar.
administración de medicamentos	Proceso completo de administración de medicamentos, observación e información de los efectos deseados y no deseados, y revisión de cada paso para maximizar los beneficios y reducir los riesgos.
administración independiente de un medicamento	Cuando un niño lleva su propia medicación, decide cuándo necesita una dosis y se la administra sin supervisión. Consulte el Folleto 10.3.
anafilaxia	Reacción alérgica repentina, grave y potencialmente mortal, típicamente caracterizada por urticaria, inflamación y dificultad para respirar, que requiere tratamiento inmediato. Consulte el Folleto 9.2.
asesor de atención médica	Médico, asistente médico, practicante de enfermería o personal de enfermería registrado que posee una licencia del Estado de Nueva York válida en su campo. Dicho asesor puede ser un profesional de atención médica que sea empleado de un Departamento de Salud local. Consulte la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York 413.2(c)(7).
asma	Afección crónica caracterizada por una dificultad respiratoria grave ocasionada por una contracción de los bronquios o por una inflamación de las membranas mucosas, iniciada, a su vez, por la respuesta a un desencadenante o alérgeno. Consulte el Folleto 8.1.
autoinyector	Dispositivo para administrar una inyección de forma automática. Consulte “epinefrina” en este glosario.
bebé	Niño o niña de hasta dieciocho (18) meses de edad. Consulte la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York 413.2(d)(4).
categoría de medicamento	Tipo o agrupación común de medicinas en virtud de sus propósitos o función general.

<i>Cinco pasos correctos</i>	Los cinco puntos informativos necesarios para administrar una medicación correctamente. Los <i>Cinco pasos correctos</i> son: niño, medicación, vía, dosis y momento. Si se cotejan los <i>Cinco pasos correctos</i> cada vez que se administra un medicamento se ayudará a prevenir errores. Consulte el Folleto 2.1 y 2.2.
consanguinidad	Relación o conexión estrecha. Los parientes dentro del tercer grado de consanguinidad de los padres o padrastros pueden ser: los abuelos del niño; los bisabuelos del niño; los tatarabuelos del niño; las tías y los tíos del niño, incluidos sus cónyuges; las tías y los tíos abuelos del niño, incluidos sus cónyuges; los hermanos del niño; y los primos hermanos del niño, incluidos sus cónyuges.
contaminado	Cualquier sustancia o material que haya estado expuesto a fluidos corporales, sangre o materiales infecciosos transmitidos por el aire. Consulte el Folleto 6.2.
convulsión	Ataque, espasmo, cambio emocional extremo o cambio en la conciencia, como en la epilepsia u otro tipo de trastorno.
curvatura	La inclinación de una línea o superficie. A los fines de esta capacitación, el término se aplica a la pendiente o curva que se ve al medir un medicamento líquido a nivel de la vista. El punto más bajo de la curvatura es el punto de medición de la cantidad correcta de medicamento indicada. Consulte el Folleto 7.4.
demostración	Ejecutar físicamente o representar los pasos para demostrar la comprensión de los principios de la administración segura de medicamentos. Consulte el Módulo 7.
efecto adverso	Reacción inesperada de un medicamento, que puede ser dañina.
efecto deseado	Efecto beneficioso y buscado de un medicamento.
efecto no deseado	Cualquier efecto diferente al deseado. Los efectos no deseados también se denominan efectos secundarios, e incluyen efectos adversos y reacciones alérgicas. Consulte el Folleto 3.1.
efecto secundario	Acción de un medicamento, distinta del efecto deseado o buscado. Consulte el Folleto 3.1.
efectos de los medicamentos	El modo en que el medicamento afecta al niño. Estos efectos pueden ser deseados o no deseados.
eliminación	Desecho de medicamentos vencidos, dañados o que ya no se necesitan. Consulte el Folleto 4.7.
enfermedad	Estado de una persona enferma.

enfermedad aguda	Afección que comienza rápidamente y de duración breve. Algunos ejemplos son las infecciones de los oídos y los resfríos comunes.
enfermedad crónica	Enfermedad o afección de larga duración que no puede curarse ni desaparecer por sí misma. Algunos ejemplos son el asma y la diabetes.
envase del medicamento	Contenedor en el que se suministra el medicamento. En ocasiones, este puede contener información importante, como los efectos secundarios, algunas consideraciones especiales y las interacciones con otros medicamentos o con alimentos.
epinefrina	Medicamento utilizado para aliviar rápidamente las reacciones alérgicas graves (anafilaxia) hasta que se disponga de atención médica adicional. Debe administrarse por inyección. Consulte el Módulo 9.
error en la administración de un medicamento	Error cometido al administrar el medicamento (por ejemplo, dar el medicamento incorrecto, darlo a la hora incorrecta, dar la dosis incorrecta, utilizar la vía de administración incorrecta, darle el medicamento al niño incorrecto, dar un medicamento vencido, olvidarse de dar el medicamento o dar el medicamento cuando el formulario de consentimiento de administración de medicamento o el medicamento están vencidos). Consulte el Folleto 10.6.
espirómetro	Dispositivo de mano portátil utilizado para medir cuán fuerte y rápidamente el niño puede expulsar aire de los pulmones. Las mediciones del espirómetro ayudan a los padres y al médico del niño a controlar el asma. Estas pueden ser importantes cuando el proveedor de atención médica del niño le prescribe medicamentos para el asma.
etiqueta de medicamento	Etiqueta del envase de la farmacia o contenedor que incluye la información necesaria para administrar el medicamento de forma segura.
farmacia	Establecimiento con licencia donde un farmacéuta con licencia completa prescribe y dispensa medicamentos en virtud de las leyes del Estado en el que ejerce la práctica.
Formulario de consentimiento para medicamentos	Formulario aprobado por la OCFS (OCFS-LDSS-7002-S) que proporciona instrucciones escritas del proveedor de atención médica y permiso de los padres para cada medicamento administrado a un niño específico. Debe haber un formulario por cada medicamento que recibe el niño bajo cuidado. Consulte el Folleto 4.2.
ineficaz	Ausencia de un efecto deseado tras haber transcurrido un tiempo suficiente para que el medicamento funcione.
inhalador	Dispositivo utilizado para administrar un medicamento en la nariz, en los pulmones u otra parte del tracto respiratorio mediante la inhalación.

instrucciones/ permisos verbales	Instrucciones de administrar un medicamento, recibidas de forma oral por parte de un padre o tutor legal, o de la persona con licencia autorizada para recetar. Las instrucciones y los permisos verbales pueden aceptarse solo en determinadas circunstancias. Consulte el Folleto 4.1.
intoxicación no intencional	Ingestión no intencional o no planificada de cualquier sustancia, incluido un medicamento. Consulte el Folleto 9.1.
Ley de Elijah	Ley que requiere que todos los programas de cuidado diurno infantil del Estado de Nueva York sigan las pautas para prevenir y responder ante la anafilaxia, incluida la capacitación del personal.
Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA)	Ley que prohíbe la discriminación por una discapacidad. Consulte www.ada.gov .
localizado	Confinado o limitado a una ubicación en particular. El uso de este término en este currículum se refiere a la aparición de una reacción alérgica leve en una parte del cuerpo de un niño (p. ej., una erupción en la piel localizada en el estómago o un área localizada de urticaria en el cuello).
MAT	Acrónimo del curso M edication A dministration T raining (Capacitación en Administración de Medicamentos).
MDI	Acrónimo de dispositivo M etered D ose I nhaler (Inhalador de Dosis Medida). Un inhalador de dosis medida se utiliza para suministrar una dosis precisa de medicación a los pulmones desde un envase de múltiples dosis.
medicamento	Cualquier sustancia no alimenticia utilizada para tratar una enfermedad o afección, o para prevenir o curar problemas de salud.
medicamento de venta libre	Medicamento que puede comprarse sin la prescripción de una persona con licencia autorizada para recetar. También denominado medicamento sin receta.
medicamento OTC	Acrónimo de medicamento o ver- t he- c ounter (de venta libre).
medicamento recetado	Medicamento para un niño específico que solo puede obtenerse mediante una prescripción escrita de una persona con licencia autorizada para recetar a fin de tratar una afección específica.
medicamento según necesidad	Medicamento administrado para tratar síntomas específicos en momentos no específicos, generalmente para aliviar o controlar síntomas recurrentes de una afección conocida. Consulte “PRN” en este glosario.

medicamento sin receta	Sinónimo de medicamento de venta libre. Consulte “medicamento de venta libre” en este glosario.
medicamento vencido	Medicamento que ya no tiene garantías de ser seguro ni eficaz, porque se puede haber producido una descomposición química o contaminación por haberse agotado su vida útil. La etiqueta de un medicamento puede indicar “desechar después de” una fecha específica. Si el envase del medicamento tiene una fecha de vencimiento que indica solo el mes y el año, el medicamento sirve hasta el último día de ese mes.
membrana mucosa	Membrana que recubre los conductos y las cavidades del cuerpo que se conectan con el exterior. Un ejemplo es el recubrimiento de la nariz y la boca.
nebulizador	Dispositivo compresor que dispersa con precisión un medicamento líquido en forma de vapor para que sea inhalado. Se utiliza con frecuencia para el tratamiento del asma en los niños. Consulte el Folleto 7.5.
niños con necesidades especiales de salud	Niños con afecciones físicas, del desarrollo, conductuales o emocionales crónicas, que se espera que duren 12 meses o más y que requieren servicios de salud o relacionados, de un tipo o cantidad que excedan los que requieren los niños por lo general. Consulte el Folleto 10.1 y la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York 413.2(d)(1).
no bebé	Niño o niña de más de dieciocho (18) meses de edad.
nombre comercial	Nombre otorgado a un medicamento por la empresa farmacéutica que lo creó. El nombre se usa junto al símbolo ®, que indica que se trata de una marca comercial registrada.
nombre genérico	Nombre del medicamento que coincide con el principio activo del medicamento.
NYS	Acrónimo de New York State (Estado de Nueva York).
OCFS	Acrónimo de Office of Children and Family Services (Oficina de Servicios para Niños y Familias). La OCFS es la agencia del Estado de Nueva York responsable de las regulaciones que rigen la seguridad y el bienestar de los niños que reciben cuidado infantil en el Estado de Nueva York.
permiso/ instrucciones por escrito	Permiso e instrucciones para administrar medicamentos escritas en el Formulario de consentimiento para medicamentos (OCFS-LDSS-7002-S) aprobado por la OCFS o un organismo equivalente, y completado por los padres, el tutor legal o el proveedor de atención médica del niño. Consulte el Folleto 4.1 y 4.2.

persona con licencia autorizada para recetar	Persona con licencia, registrada y autorizada actualmente en virtud de la Ley de Educación (Education Law) para prescribir medicamentos o tratamientos médicos. Consulte la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York 413.2(c)(10).
persona encargada de administrar medicamentos	Miembro del personal incluido en el plan de atención médica aprobado para el programa de cuidado diurno y autorizado para administrar medicamentos en el programa. Esta persona debe ser mayor de 18 años, tener certificados actuales de RCP y primeros auxilios que abarquen las edades de los niños del programa de cuidado y tener un certificado actual de aprobación de la MAT. Solo aquellos que estén aprobados por la OCFS pueden administrar medicamentos.
persona que receta	Consulte “persona con licencia autorizada para recetar” en este glosario.
plan de atención médica	Formulario de la OCFS específico para la modalidad que deben utilizar los programas para establecer sus políticas a fin de proteger y promover la salud de los niños. El plan de atención médica está sujeto a la aprobación de la OCFS. Los programas deben cumplir con su plan de atención médica en todo momento. El plan de atención médica aprobado debe ser in situ, lo deben seguir todos los cuidadores y debe estar disponible a pedido de la madre o el padre, o de la Oficina. Consulte la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York .11(c) para conocer cada modalidad de cuidado.
principio activo	Componente principal del medicamento que produce el efecto buscado.
PRN	Acrónimo de la palabra en latín pro re nata, que significa “según necesidad”. Los medicamentos según necesidad se administran cuando un niño manifiesta síntomas específicos.
prospecto del envase	Información proporcionada en un papel que acompaña al envase o contenedor del medicamento. Incluye información sobre los efectos secundarios comunes, las advertencias y la administración. También puede estar impresa directamente en el envase o contenedor del medicamento.
proveedor de atención médica	Médico, asistente médico o practicante de enfermería con licencia. Consulte la Regulación de Cuidado Diurno Infantil del Estado de Nueva York 413.2(c)(8).
RCP	Acrónimo de R esucitación C ardio P ulmonar.
reacción alérgica	Respuesta inmune potencialmente dañina a una sustancia externa, incluido un medicamento. Las reacciones alérgicas ocurren cuando el sistema inmune tiene una reacción excesiva frente a una sustancia denominada alérgeno. Estas reacciones no siempre ocurren la primera vez que el niño toma contacto con el alérgeno, y pueden empeorar con cada exposición.

Registro de administración de medicamentos	Formulario aprobado por la OCFS que proporciona un registro escrito de cada medicamento administrado a un niño específico.
síntomas	Signos físicos o conductuales que pueden verse, escucharse, medirse u olerse, y que pueden indicar que el niño necesita ayuda, la cual puede incluir administrar un medicamento.
solicitud de exención	Solicitud por escrito de un programa de cuidado diurno en un formulario aprobado por la OCFS que busca la aprobación para cumplir con el objetivo de las regulaciones de una manera que no esté expresada específicamente por escrito en estas. El programa no puede implementar la exención hasta que la OCFS apruebe la solicitud de exención por escrito.
sustancia controlada	Cualquier sustancia que el gobierno federal haya clasificado como de alto riesgo si no se usa correctamente. Las reglas para prescribir y almacenar estas sustancias son confeccionadas por el gobierno federal. Se puede obtener una lista de sustancias controladas de la Administración de Control de Drogas. Algunos ejemplos son el Ritalin® y la codeína.
urticaria	Afección de la piel caracterizada por la picazón y las ronchas, ocasionada por una reacción a agentes internos o externos, una infección o una condición nerviosa.
vía	El modo en que el medicamento ingresa al organismo; también denominado método de administración. Consulte el Folleto 3.3.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 2.1: Qué son los Cinco pasos correctos?



1. Al niño correcto

- Asegúrese de que el niño al que está por administrarle el medicamento sea el correcto. Si en el programa cuida a los hermanos o a otros niños con nombres similares, tenga extremo cuidado.
- Si debe administrarle un medicamento a un niño que no conoce bien, pídale a alguien de confianza que le diga el nombre del niño. También puede preguntarle el nombre al niño, pero nunca confíe solamente en ello.



2. La medicación correcta

- Solo acepte medicamentos que se encuentren en su envase original y que tengan la etiqueta original. No acepte medicamentos que una persona haya puesto en otro envase, ya que no tiene manera de saber si es el correcto.
- La concentración del medicamento también forma parte de “la medicación correcta”. La concentración se refiere a la cantidad de principio activo que contiene una píldora o una dosis. Por ejemplo, el Ritalin® viene en comprimidos de 5 mg y 10 mg. Por lo tanto, además de verificar el nombre (Ritalin®), asegúrese de tener el medicamento con la concentración adecuada (5 mg).



3. En la dosis correcta

- La dosis se refiere a la cantidad de medicamento que se debe administrar. Por ejemplo, la dosis podría ser un comprimido, 2 cucharadas o una gota.
- Mida la dosis correctamente utilizando el instrumento (vaso dosificador, cuchara dosificadora, jeringa oral) que le haya dado el padre o la madre, si se requiere alguno.
- Si el medicamento es líquido, asegúrese de que el instrumento suministrado, como la cuchara dosificadora, la jeringa oral o el vaso dosificador, tengan la misma medida que está escrita en el formulario de consentimiento (cucharaditas, cucharadas, centímetros cúbicos, etc.)



4. Por la vía correcta

- La vía se refiere a la manera en que el medicamento ingresa al cuerpo del niño, como ser por los ojos, frotándolo sobre la piel o colocándolo en la boca.
- Si no comprende cómo administrar el medicamento correctamente por la vía especificada, consulte sin excepción.



5. En el momento correcto

- Puede que un medicamento deba ser administrado a una hora específica o que haya instrucciones de a qué debe prestarle atención que indique que el niño necesita el medicamento (“según necesidad”).
- Cuando un niño llegue, verifique con el padre o la madre si tiene algún medicamento antes de que ingrese al establecimiento de cuidado.
- Administre los medicamentos hasta 30 minutos antes o después del horario de la dosis.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 2.2: Cómo cotejar los Cinco pasos correctos

La administración de un medicamento es una parte muy importante de su trabajo. Conocer los **Cinco pasos correctos** no es suficiente. Para administrar un medicamento, debe cotejar la información relativa al medicamento, la hora, la dosis, la vía y el nombre y apellido del niño indicada en la etiqueta del medicamento o en el envase de venta libre con la información escrita en el formulario de consentimiento para asegurarse de estar administrando el medicamento correctamente. Esto se denomina cotejar los **Cinco pasos correctos**.

Al cotejar los **Cinco pasos correctos** para administrar un medicamento, recuerde lo siguiente:

Al niño correcto

- Controle que el nombre y apellido del niño indicados en el formulario de consentimiento coincidan con el nombre y apellido escritos en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con el niño al que va a administrarle el medicamento.

La medicación correcta

- Asegúrese de que el medicamento indicado en la etiqueta del envase coincida exactamente con el indicado en el *Formulario de consentimiento para medicamentos*. Tenga cuidado, ya que los nombres de los medicamentos pueden ser similares y escribirse de forma similar, aunque se trate de medicamentos muy diferentes.
- Algunos medicamentos, como los inhaladores, los EpiPen® y las cremas, vienen dentro de una caja que contiene una etiqueta de la farmacia. Saque siempre el envase del medicamento de la caja con la etiqueta y controle que el nombre del medicamento del envase coincida con el de la etiqueta, incluida la concentración.



En la dosis correcta

- Controle que la dosis indicada en el formulario de consentimiento coincida con la dosis escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con la dosis que preparó para administrar.

Por la vía correcta

- Controle que la vía indicada en el formulario de consentimiento coincida con la vía escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con el modo en que está por administrarle el medicamento al niño.

En el momento correcto

- Controle que la hora indicada en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* coincida con la hora escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con la hora actual. Recuerde que si el proveedor de atención médica no escribió la hora en que se debe administrar el medicamento (p. ej., 12:00 p. m.), debe revisar el reverso del formulario de consentimiento para ver la hora que haya indicado el padre o la madre por escrito.
- Si el medicamento se administra cuando el niño lo necesita en lugar de en un horario específico, controle que la información escrita en el formulario de consentimiento coincida con los síntomas que manifiesta el niño. Por ejemplo, si las instrucciones dicen que hay que administrar Tylenol® cuando el niño tiene 101 °F de fiebre o más, sabrá que es el momento adecuado para administrarlo si el niño tiene 102 °F de fiebre.

Cómo recordar los *Cinco pasos correctos*

Una regla mnemotécnica es un recurso útil para recordar información. La siguiente es una regla mnemotécnica para ayudarle a recordar los *Cinco pasos correctos* de la administración de medicamentos:

“Nora Mastica Dariamente Vegetales Maduros”

Nora..... Niño
Mastica..... Medicación
Diariamente Dosis
Vegetales Vía
Maduros Momento

Folleto 2.3: OCFS-LDSS-7002-S: 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		
<ul style="list-style-type: none"> 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 medicamentos 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)		
1. Nombre y apellido del niño(a): El Niño Correcto	2. Fecha de nacimiento: / /	3. Alergias conocidas del niño(a):
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): El Medicamento Correcto	5. Cantidad/dosis a darse: La Dosis Correcto	6. Vía de administración: La Vía Correcto
7A. Frecuencia de administración: La Hora Correcto (ver N.º 19)		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): La Hora Correcto (para los medicamentos que se dan "en caso de necesidad")		
8A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> 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): _____		
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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 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: / /	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta):	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir:	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: X		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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.):

La Hora Correcto (si no se encuentra en la casilla 7A)

20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se especifica 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:

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):

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.

35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:

X

Ejercicio 2.1: Identificación de los Cinco pasos correctos

Estudio de caso 1: Medicamento de venta libre

Indicaciones: Encierre con un círculo los **Cinco pasos correctos** en el envase de medicamento a continuación. Escriba cada uno de los pasos en la línea proporcionada. Luego, encierre con un círculo los **Cinco pasos correctos** en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* de la página siguiente y controle que coincidan con los **Cinco pasos correctos** en el envase del medicamento.

Carly McMahon

Drug Facts (continued)

Directions

- do not exceed recommended dosage (see overdose warning)
- shake well before using
- find right dose on chart below. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- if needed, repeat dose every 4 hours
- do not use more than 5 times in 24 hours
- only use enclosed measuring cup

Weight (lb)	Age (yr)	Dose (tsp or mL)
under 24	under 2	ask a doctor
24-35	2-3	1 tsp or 5 mL
36-47	4-5	1 1/2 tsps or 7.5 mL
48-59	6-8	2 tsps or 10 mL
60-71	9-10	2 1/2 tsps or 12.5 mL

Other information

- dosage cup provided
- store at controlled room temperature

Inactive ingredients

blue 1, butyl paraben, carboxymethylcellulose sodium, cellulose, citric acid, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, propylene glycol, purified water, red 33, sodium benzoate, sorbitol, sucralose, xanthan gum

* This product is not manufactured or distributed by McNeil Consumer & Specialty Pharmaceuticals, distributors of Children's Tylenol® Fever reducer & Pain reliever.

SEE NEW DOSING INFORMATION

NDC 49580-3414-4

ACME
Pharmaceuticals

Children's Acetaminophen Oral Suspension

• Fever reducer • Pain reliever

Alcohol Free/Aspirin Free/Ibuprofen Free

Grape Flavor

4 FL OZ (118 mL)

* Compare to active ingredient in Children's Tylenol® Fever reducer/Pain reliever.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL teaspoonful)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily: • reduces fever • relieves minor aches and pains due to:
• the common cold • flu • headaches • sore throat • immunizations • toothaches

Warnings

Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use • with any other acetaminophen containing products. This may lead to an overdose, which may cause liver damage. (see overdose warning)

When using this product

do not exceed recommended dosage (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if

- new symptoms occur
- redness or swelling is present
- pain gets worse or lasts for more than 5 days
- fever gets worse or lasts for more than 3 days

Keep this and all drugs out of the reach of children.

Overdose Warning: Taking more than the recommended dose (overdose) could cause serious health problems, including liver damage. In case of accidental overdose, seek professional assistance or contact a Poison Control Center immediately. Quick medical attention is critical even if you do not notice any signs or symptoms.

TAMPER EVIDENT: DO NOT USE IF PRINTED SAFETY SEAL ON THE BOTTLE IS BROKEN OR MISSING.

LOT: ZYX123
EXP: 09/XX

01-75104B

1. Al niño correcto: _____
2. La medicación correcta: _____
3. En la dosis correcta: _____
4. Por la vía correcta: _____
5. En el momento correcto: _____

Página dejada intencionalmente en blanco

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <u>Carly McMahon</u>	2. Fecha de nacimiento: <u>4/3/XX (3 años)</u>	3. Alergias conocidas del niño(a): <u>Ninguno</u>
4. Nombre del medicamento (<i>incluso la dosis</i>): <u>Paracetamol 160mg/5mL</u>	5. Cantidad/dosis a darse: <u>5mL</u>	6. Vía de administración: <u>Oral</u>
7A. Frecuencia de administración: _____ <u>0</u>		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (<i>signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles</i>): <u>Dar cuando la temperatura es 100°F o más. Puede administrarse cada 4 horas, hasta 5 dosis por día.</u>		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (<i>padre/madre debe proveer</i>). <u>Y/O</u>		
8B: Efectos secundarios adicionales:		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios? <input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (<i>describa</i>): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (<i>padre/madre debe proveer</i>). <u>Y/O</u>		
10B. Instrucciones especiales adicionales: (<i>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</i>). _____ _____		
11. Razón del medicamento (<i>a menos que sea confidencial por ley</i>): <u>Fiebre</u>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <u>9/29/XX</u>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <u>/ /</u>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (<i>letra de imprenta</i>): <u>Margaret Valens, MD</u>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <u>(718) 555-2345</u>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <u>X Margaret Valens, MD</u>		

**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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): Carly McMahon

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):
Andrea McMahon

22. Fecha de la autorización:
9 /29 /XX

23. Firma del padre/madre:
X

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):
Carla Carson

29. Fecha recibida del padre/madre:
9 /29 /XX

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:
X

Estudio de caso 2: Medicamento recetado

Indicaciones: Encierre con un círculo cada uno de los **Cinco pasos correctos** en la etiqueta de prescripción a continuación. Escriba cada uno de los pasos en la línea proporcionada. Luego, encierre con un círculo los **Cinco pasos correctos** en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* de la página siguiente y controle que coincidan con los **Cinco pasos correctos** de la etiqueta.

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

100 Main Street, NYC, NY 10068

Rx n.º: 8145973-02

Tx: 8063264

Jose Martinez

F. de nac.: 11/30/XX

(914) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

albuterol (90 mcg/inh.)

(forma genérica de Ventolin®)

Hacer dos aplicaciones con inhalador oral, como se indica. Se puede administrar cada cuatro horas, hasta tres dosis por día.

Persona que receta: **Nancy Wallace MD (914) 564-9832**

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces

CANT.: 1

Inic. del farm. reg.: RSL

Fecha de suministro: 07/15/XX Fecha orig.: 07/15/XX Fecha venc.: 07/15/XX

1. Al niño correcto: _____
2. La medicación correcta: _____
3. En la dosis correcta: _____
4. Por la vía correcta: _____
5. En el momento correcto: _____

Página dejada intencionalmente en blanco

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <i>José Martínez</i>	2. Fecha de nacimiento: <i>11/30/11 (6 años de edad)</i>	3. Alergias conocidas del niño(a): <i>Polvo, polen</i>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <i>Albuterol 90 mcg/inh</i>	5. Cantidad/dosis a darse: <i>2 descargas</i>	6. Vía de administración: <i>Por inhalación</i>
7A. Frecuencia de administración: _____		
O		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): <i>Dificultad para respirar, sibilancias y/o falta de aire. Se puede repetir la dosis en cuatro horas, de ser necesario.</i>		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input checked="" type="checkbox"/> 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): <i>Asma</i>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <i>7/15/11</i>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <i>/ /</i>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizada para prescribir (letra de imprenta): <i>Dr. Nancy Wallace</i>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <i>(718) 564-9832</i>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nancy Wallace, MD</i>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): José Martínez

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):
Alicia Martínez

22. Fecha de la autorización:
7 / 15 / 15

23. Firma del padre/madre:

X Alicia Martínez

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):
Carla Carson

29. Fecha recibida del padre/madre:
7 / 15 / 15

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:

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): 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: _____ / _____ / _____

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:

X Nancy Wallace, MD

Respuestas 2.1: Ejercicio 2.1: Identificación de los Cinco pasos correctos

Estudio de caso 1: Medicamento de venta libre

Niño → **Carly McMahon** → *Medicamento*

Drug Facts (continued)

Directions

- do not exceed recommended dosage (see overdose warning)
- shake well before using
- find right dose on chart below. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- if needed, repeat dose every 4 hours
- do not use more than 5 times in 24 hours
- only use enclosed measuring cup

Weight (lb)	Age (yr)	Dose (tsp or mL)
under 24	under 2	ask a doctor
24-35	2-3	1 tsp or 5 mL
36-47	4-5	1 1/2 tsps or 7.5 mL
48-59	6-8	2 tsps or 10 mL
60-71	9-10	2 1/2 tsps or 12.5 mL

Other information • dosage cup provided
• stir at controlled room temperature

Active ingredients
Dose 1, butyl paraben, carboxymethylcellulose sodium, cellulose, citric acid, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, propylene glycol, purified water, red 33, sodium benzoate, sorbitol, sucralose, xanthan gum

Manufactured by:
ACME Pharmaceuticals
P.O. Box 12345
Anytown, NY 12345

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL teaspoonful)
Acetaminophen 160 mg

Purpose
Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily: • reduces fever • relieves minor aches and pains due to:
• the common cold • flu • headaches • sore throat • immunizations • toothaches

Warnings
Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use • with any other acetaminophen containing products. This may lead to an overdose, which may cause liver damage. (see overdose warning)

When using this product
• do not exceed recommended dosage (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if
• new symptoms occur • redness or swelling is present
• pain gets worse or lasts for more than 5 days
• fever gets worse or lasts for more than 3 days

Keep this and all drugs out of the reach of children.
Overdose Warning: Taking more than the recommended dose (overdose) could cause serious health problems, including liver damage. In case of accidental overdose, seek professional assistance or contact a Poison Control Center immediately. Quick medical attention is critical even if you do not notice any signs or symptoms.

TAMPER EVIDENT: DO NOT USE IF PRINTED SAFETY SEAL ON THE BOTTLE IS BROKEN OR MISSING.
LOT: ZYX123
EXP: 09/XX

01-75104B

Momento → Consulte el *Formulario de consentimiento para medicamentos*.

- Al niño correcto: Carly McMahon
- La medicación correcta: Acetaminofeno 160 mg/5 ml
- En la dosis correcta: 5 ml
- Por la vía correcta: Oral
- En el momento correcto: Cuando Carly tenga una temperatura de 100 °F o mayor
(Al cotejar la hora correcta, seguir las instrucciones
del proveedor de atención médica)

Página dejada intencionalmente en blanco

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <u>Carly McMahon</u>	2. Fecha de nacimiento: <u>4/3/XX (3 años)</u>	3. Alergias conocidas del niño(a): <u>Ninguno</u>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <u>Paracetamol 160mg/5mL</u>	5. Cantidad/dosis a darse: <u>5mL</u>	6. Vía de administración: <u>Oral</u>
7A. Frecuencia de administración: <u>0</u>	<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): <u>Dar cuando la temperatura es 100°F o más. Puede administrarse cada 4 horas, hasta 5 dosis por día.</u>		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer). <u>Y/O</u>		
8B: Efectos secundarios adicionales:		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios? <input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (padre/madre debe proveer). <u>Y/O</u>		
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): <u>Fiebre</u>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <u>9/29/XX</u>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <u>/ /</u>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta): <u>Margaret Valens, MD</u>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <u>(718) 555-2345</u>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <u>X Margaret Valens, MD</u>		

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
MEDICATION CONSENT FORM
CHILD DAY CARE PROGRAMS

PARENT COMPLETE THIS SECTION (#19 - #23)

19. If Section #7A is completed, do the instructions indicate a specific time to administer the medication? (For example, did the licensed authorized prescriber write 12pm?) Yes N/A No

Write the specific time(s) the child day care program is to administer the medication (i.e.: 12 pm):

20. I, parent, authorize the day care program to administer the medication, as specified on the front of this form, to (child's name):
Carly McMahon

21. Parent's Name (please print): Andrea McMahon	22. Date Authorized: 9/29/XX
---	---------------------------------

23. Parent's Signature:
X *Andrea McMahon*

CHILD DAY CARE PROGRAM COMPLETE THIS SECTION (#24 - #30)

24. Program Name: ABC Child Care	25. Facility ID Number: 01376 DCC	26. Program Telephone Number: (212) 555-8363
-------------------------------------	--------------------------------------	---

27. I have verified that (#1 - #23) and if applicable, (#33 - #36) are complete. My signature indicates that all information needed to give this medication has been given to the day care program.

28. Staff's Name (please print): Carla Carson	29. Date Received from Parent: 9/29/20XX
--	---

30. Staff Signature:
X *Carla Carson*

ONLY COMPLETE THIS SECTION (#31 - #32) IF THE PARENT REQUESTS TO DISCONTINUE THE MEDICATION PRIOR TO THE DATE INDICATED IN (#15)

31. I, parent, request that the medication indicated on this consent form be discontinued on _____ (Date)

Once the medication has been discontinued, I understand that if my child requires this medication in the future, a new written medication consent form must be completed.

32. Parent Signature:
X

LICENSED AUTHORIZED PRESCRIBER TO COMPLETE, AS NEEDED (#33 - #35)

33. Describe any additional training, procedures or competencies the day care program staff will need to care for this child.

34. Since there may be instances where the pharmacy will not fill a new prescription for changes in a prescription related to dose, time or frequency until the medication from the previous prescription is completely used, please indicate the date you are ordering the change in the administration of the prescription to take place.

DATE: _____

By completing this section, the day care program will follow the written instruction on this form and *not* follow the pharmacy label until the new prescription has been filled.

35. Licensed Authorized Prescriber's Signature:
X

Estudio de caso 2: Medicamento recetado

Pharmacy Inc. #0012 Tel.: 914-555-0102
100 Main Street, NYC, NY 10068
Rx n.º: 8145973-02 Tx: 8063264

Niño

Jose Martinez

F. de nac.: 11/30/XX

(914) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

Medicamento

albuterol (90 mcg/inh.)
(forma genérica de Ventolin®)

Momento/vía

Dosis

Hacer **dos aplicaciones con inhalador oral, como se indica.** Se puede administrar cada cuatro horas, hasta tres dosis por día.

Persona que receta: **Nancy Wallace MD (914) 564-9832**

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces

CANT.: 1

Inic. del farm. reg.: RSL

Fecha de suministro: 07/15/XX Fecha orig.: 07/15/XX Fecha venc.: 07/15/XX

1. Al niño correcto: José Martínez
2. La medicación correcta: Albuterol (90 mcg/inh.)
3. En la dosis correcta: 2 aplicaciones
4. Por la vía correcta: Inhalado con inhalador oral
5. En el momento correcto: Cuando José manifieste estos síntomas: falta de aire, silbidos, dificultad para respirar. (La etiqueta indica "como se indica", por lo que se deben seguir las instrucciones del proveedor de atención médica al cotejar la hora correcta).

Página dejada intencionalmente en blanco

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 medicamentos 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)

Niño
Medicamento
Momento

Dosis
Vía

1. Nombre y apellido del niño(a): <i>José Martínez</i>	2. Fecha de nacimiento: <i>11/30/19XX (6 años de edad)</i>	3. Alergias conocidas del niño(a): <i>Polvo, polen</i>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <i>Albuterol 90 mcg/ính</i>	5. Cantidad/dosis a darse: <i>2 descargas</i>	6. Vía de administración: <i>Por inhalación</i>
7A. Frecuencia de administración: <i>0</i>		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): <i>Dificultad para respirar, sibilancias y/o falta de aire. Se puede repetir la dosis en cuatro horas, de ser necesario.</i>		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer). <i>Y/O</i>		
8B: Efectos secundarios adicionales:		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios? <input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
10A. Instrucciones especiales: <input checked="" type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (padre/madre debe proveer). <i>Y/O</i>		
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): <i>Asma</i>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <i>7/15/XX</i>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <i>/ /</i>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizada para prescribir (letra de imprenta): <i>Dr. Nancy Wallace</i>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <i>(718) 564-9832</i>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <i>X Nancy Wallace, MD</i>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): José Martínez

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):

Alicia Martínez

22. Fecha de la autorización:

7 / 15 / 11

23. Firma del padre/madre:

X Alicia Martínez

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):

Carla Carson

29. Fecha recibida del padre/madre:

7 / 15 / 11

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:

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): 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: _____ / _____ / _____

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:

X Nancy Wallace, MD

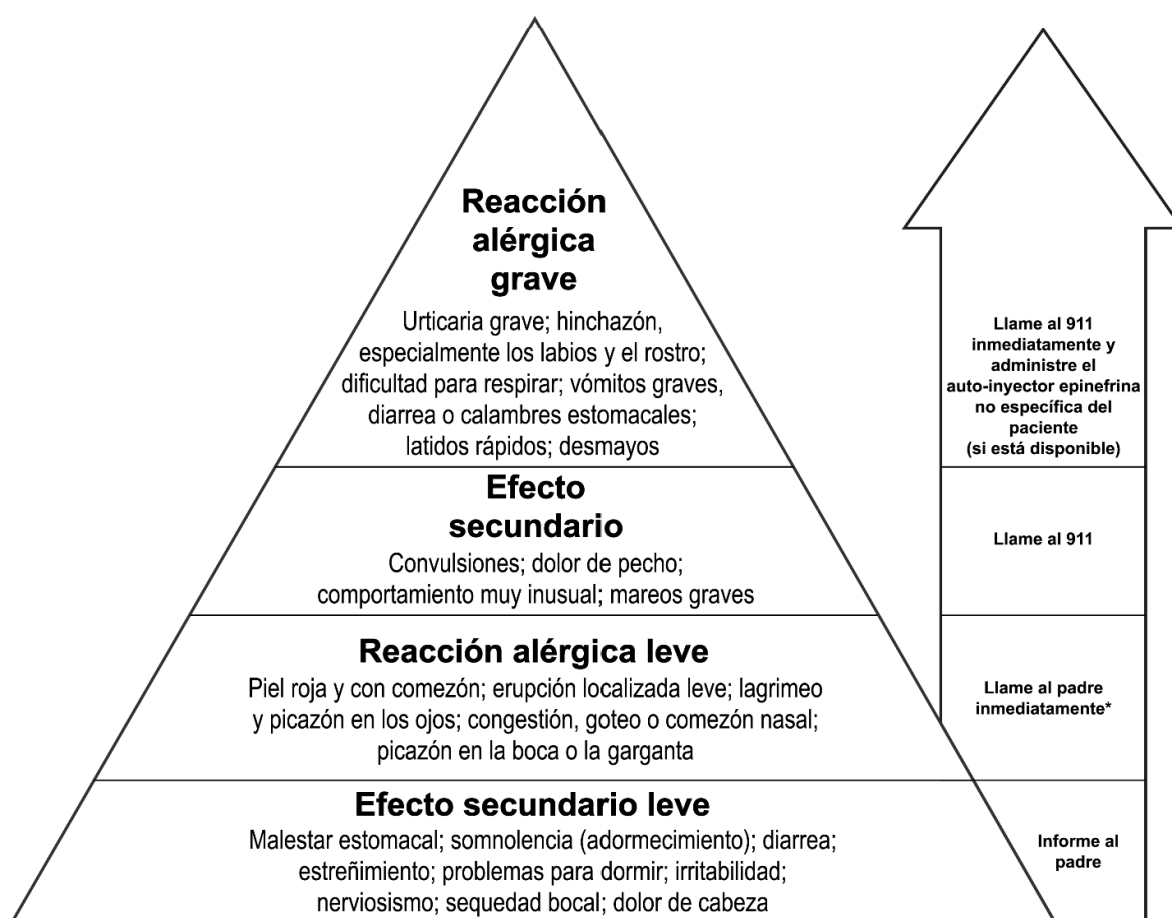
Folleto 3.1: Efectos de los medicamentos

Un medicamento se prescribe por varios motivos. Si funciona bien, tiene el “efecto deseado”.

Un medicamento se puede prescribir para:

- evitar una enfermedad (p. ej., vacunarse contra la polio para no contraer esa enfermedad);
- controlar problemas de salud (p. ej., tomar medicación a diario para prevenir las convulsiones).
- curar una enfermedad (p. ej., tomar un antibiótico para curar una infección de oído); o
- disminuir síntomas (p. ej., tomar Tylenol® para bajar la fiebre).

Los medicamentos tienen efectos en el cuerpo de un niño. Estos pueden ser deseados (efecto buscado), no deseados o incluso peligrosos. Siempre que un niño bajo su cuidado esté tomando medicamentos, obsérvelo y preste atención a si actúa o se siente diferente de lo usual. Si advierte (continúa en la página siguiente)



**Para síntomas que son más de una reacción leve, administrar el auto-inyector de epinefrina no específica para el paciente (si está disponible), llama al 911, y también llama a los padres del niño.*

algún cambio, comuníquese con los padres del niño. Estos cambios pueden ser efectos no deseados de la medicación. Si el niño está teniendo una reacción alérgica severa y/o un efecto adverso a un medicamento, llame al 911 de inmediato. Si su programa tiene un auto-inyector de epinefrina no específica para el paciente, adminístrelo. Además, debe informar inmediatamente a los padres y a la OCFS. Si no logra hablar con el regulador asignado a su programa, debe comunicarse con otro representante de la Oficina. No es suficiente con dejar un mensaje de voz.

Las oficinas regionales y de registro tienen cobertura telefónica de lunes a viernes, de 9:00 am a 5:00 pm. Durante este horario de atención, debe comunicarse directamente con un representante de la oficina. Si descubrió el incidente por fuera del horario comercial, debe llamar por teléfono inmediatamente a la oficina regional o de registro y dejar un mensaje de voz en la casilla de correo de voz de la línea principal.

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. Puede utilizar el formulario OCFS 4436: *Informe de incidentes para el cuidado diurno de niños* o un formulario equivalente para llevar un registro escrito de cualquier incidente grave.

Folleto 3.2: Vías de administración de los medicamentos

Un medicamento puede ingresar al cuerpo de un niño de distintas maneras. La forma más común de absorción de un medicamento es mediante el recubrimiento del estómago y los intestinos, a través de la piel o a través del recubrimiento de los pulmones. El modo en que se toma un medicamento para que el cuerpo pueda absorberlo se denomina **vía** de administración del medicamento.

En este curso, aprenderá siete maneras (vías) de administrar medicación:

- Sobre la piel (aplicación tópica)
- Por vía oral (incluye la aplicación tópica en la boca)
- Por inhalación, a través de la boca o la nariz
- Aplicando parches medicados
- Por vía ótica
- Por vía oftálmica
- Utilizando un autoinyector, como un EpiPen® o Auvi-Q™, para inyectar epinefrina y evitar la anafilaxia.

Las vías de administración **no** abordadas en este curso son las siguientes:

- Rectal
- Vaginal
- Inyectable

Si un niño de su programa necesita que se le administre un medicamento por vía rectal, vaginal o mediante un inyectable, deberá realizar una capacitación adicional a este curso. Para obtener más información sobre los pasos a seguir para poder administrar un medicamento por vías diferentes a las enumeradas anteriormente, consulte el Módulo 10.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 3.3: Descripción general de las vías de administración de los medicamentos abordadas en el curso de la MAT

Vía	Presentación del medicamento	¿Con qué rapidez empieza a hacer efecto el medicamento?
<p>1. Los medicamentos tópicos se aplican sobre la piel.</p>	<p>Los medicamentos que se aplican sobre la piel pueden presentarse de las formas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • crema • loción • ungüento • gel • aerosol 	<p>Depende del medicamento.</p>
<p>2. Los medicamentos orales se administran por la boca.</p>	<p>Los medicamentos que se administran por la boca pueden presentarse de las formas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tabletas • cápsulas • líquidos 	<p>En general, empieza a hacer efecto en 30 o 60 minutos.</p> <p>Los siguientes son algunos de los factores que pueden influir en la rapidez con que empieza a hacer efecto el medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de alimento presente en el estómago • Nivel de actividad • Si el medicamento tiene un revestimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • gránulos (gránulos pequeños que pueden espolvorearse sobre la comida o sobre la lengua). Los gránulos pueden venir en paquetes pequeños o en cápsulas que se pueden abrir. • obleas/tiras solubles (medicamentos que se colocan sobre la lengua o en la boca para que se disuelvan) • medicamentos sublinguales (medicación que se colocan debajo de la lengua para que se disuelva) • geles que se frotran en las encías o dentro de la boca 	<p>Absorción rápida; los efectos suelen notarse a los 10 minutos.</p>

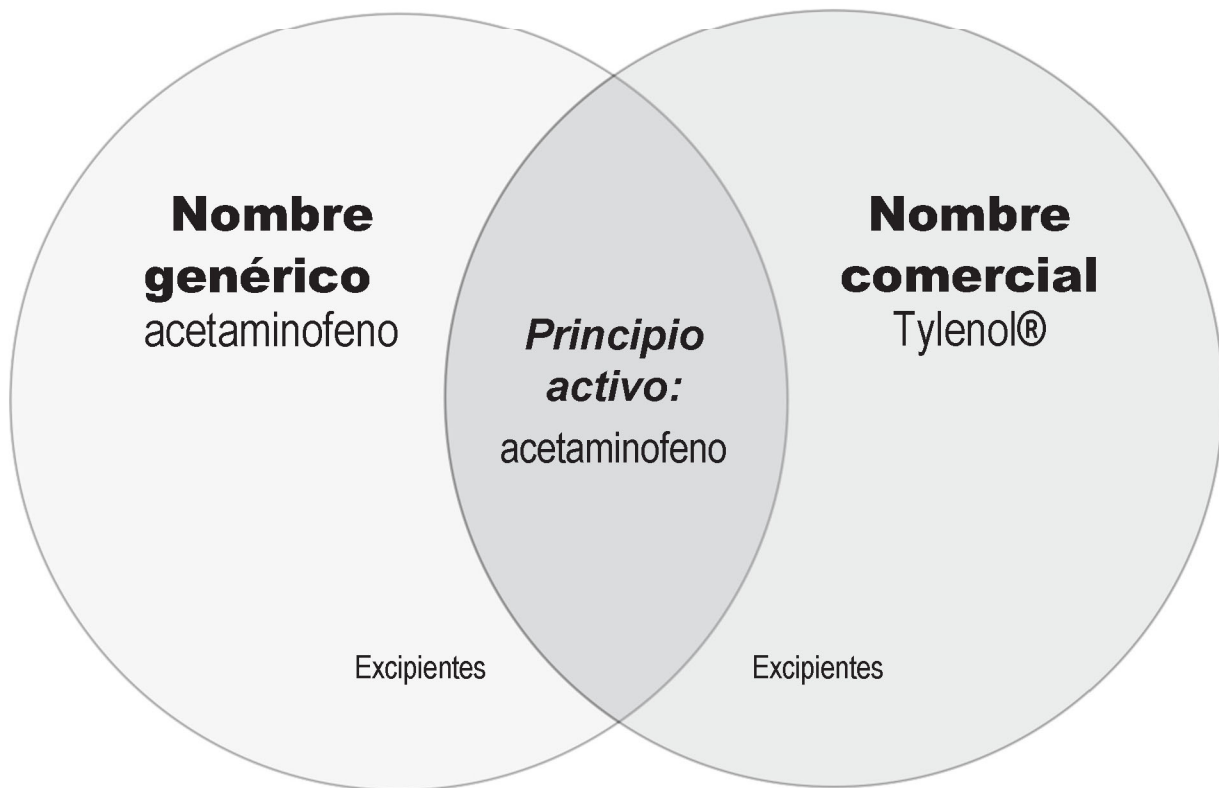
Vía	Presentación del medicamento	¿Con qué rapidez empieza a hacer efecto el medicamento?
3. Los medicamentos administrados por inhalación se inhalan por la nariz o por la boca.	Los medicamentos que se inhalan por la nariz pueden administrarse de las formas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • aerosol • gotas • nebulizador 	En general, empieza a hacer efecto en 10 o 15 minutos.
	Los medicamentos que se inhalan por la boca pueden administrarse de las formas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • inhalador, como un inhalador de dosis medida o un inhalador de polvo seco • nebulizador, un aparato que transforma el medicamento líquido en un vapor que puede inhalarse por la boca o por la nariz 	En general, empieza a hacer efecto en 5 o 15 minutos.
4. Los parches medicados son parches que se colocan sobre la piel y se conservan por un período de tiempo.	El medicamento está incorporado en el parche.	Se absorben pequeñas cantidades del medicamento lentamente, de forma controlada, durante un período de tiempo.
5. Los medicamentos oftálmicos se administran por los ojos.	Los medicamentos que se administran por los ojos pueden presentarse en las siguientes formas: <ul style="list-style-type: none"> • gotas • ungüento 	En general, de inmediato.
6. Los medicamentos óticos se administran por los oídos.	Los medicamentos vienen en presentación líquida para colocarse de a gotas en los oídos.	Depende del medicamento.
7. Autoinyector para administrarle epinefrina a un niño que tenga una reacción alérgica grave.	La epinefrina viene en un dispositivo autoinyector que le permite administrar una cantidad específica de medicamento en el cuerpo a través de la piel con una aguja.	En general, de inmediato.

Folleto 3.4: Tipos de medicamentos

Tipo de medicamento	¿Qué aspecto tiene el medicamento?	Ejemplos comunes
De venta libre (sin receta): medicación que puede comprarse sin una prescripción de una persona con licencia autorizada para recetar.	Los medicamentos de venta libre son todos diferentes. Las instrucciones de uso de la etiqueta no son específicas para el niño. (Los productos alimenticios/nutricionales, lociones, bálsamos labiales, vendas con medicación, ungüentos tópicos, pantallas solares, repelentes de insectos y la Vaseline® no se consideran medicamentos.)	Tylenol®, Dimetapp®, Motrin®, ibuprofeno, Benadryl®, tratamientos homeopáticos como hierbas y vitaminas
Con prescripción: medicación que requiere una receta de una persona con licencia autorizada para recetar para poder comprarse en la farmacia.	Todos los medicamentos con prescripción vienen en un envase o botella con una etiqueta de la farmacia. La etiqueta de la farmacia tendrá información para un niño específico e instrucciones para administrar el medicamento.	Amoxicilina, albuterol, Ritalin®, Cortisporin Otic®, Augmentin®
Sustancias controladas: medicación regulada por el gobierno federal, designada como con alto potencial de uso incorrecto.	Las sustancias controladas tienen una etiqueta en el envase que las identifica como tales. Esta suele ser de color naranja brillante o amarillo y dice “sustancia controlada”.	Ritalin® y Focalin®
Nombre comercial: el nombre otorgado a un medicamento por la compañía farmacéutica que lo creó.	El nombre del medicamento en la etiqueta tendrá el símbolo ®, que indica que se trata de una marca comercial registrada.	Tylenol®, Motrin®, Cipro®, Benadryl®, Ventolin®
Nombre genérico: el nombre del principio activo del medicamento.	En la etiqueta, el nombre del medicamento figurará como “principio activo”.	Acetaminofeno, ibuprofeno, amoxicilina, difenhidramina, albuterol

Ejemplo de la diferencia entre el nombre comercial y el nombre genérico de un medicamento

Tylenol® es el nombre comercial. El principio activo del Tylenol® es el acetaminofeno. Si compra un medicamento denominado “acetaminofeno” en la farmacia, está comprando un medicamento genérico. Tanto el medicamento genérico como el de marca comercial tienen el mismo principio activo (acetaminofeno), pero pueden diferir un poco en los excipientes. **Consulte el diagrama.**



Ejercicio 3.1: Cómo responder frente a los efectos de los medicamentos

Estudio de caso 1: Carmen es una niña de tres años de su programa que está recibiendo un tratamiento por una infección en el oído. El médico le prescribió un antibiótico líquido llamado amoxicilina, que debe tomar por boca durante diez días. Dado que la niña debe tomar el medicamento tres veces al día, a usted le toca dárselo todos los días a las 2:00 p. m.

Las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos* de Carmen indican que debe consultar los posibles efectos adversos en el prospecto del envase. Los padres de la niña le dieron la siguiente hoja de información de la farmacia:

HOJA DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA SUSP. 250 MG/5 ML
 NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las instrucciones de uso de este medicamento proporcionadas por su médico. ESTE MEDICAMENTO PUEDE TOMARSE con el estómago vacío o lleno. PARA ELIMINAR LA INFECCIÓN POR COMPLETO, continúe la toma del medicamento sin interrumpir el tratamiento, aun si se siente mejor en unos días. No omita ninguna dosis. SI OMITIÉRE ALGUNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómela lo antes posible.

PRECAUCIONES: NO TOME ESTE MEDICAMENTO SI TUVO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina o con cefalosporina. SI EXPERIMENTA dificultad para respirar u opresión en el pecho; inflamación de los párpados, el rostro o los labios; o si le sale una erupción o tiene urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No siga tomando el medicamento a menos que el médico se lo indique.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: LOS EFECTOS ADVERSOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, son: náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si estos síntomas continúan o generan molestias, consulte a su médico. Es poco probable que se produzca UNA REACCIÓN ALÉRGICA a este medicamento, pero si sucede, busque atención médica de inmediato. Los síntomas de una reacción alérgica son las erupciones, la picazón, la inflamación, el mareo o la dificultad para respirar. Si advierte otros efectos diferentes a los mencionados, comuníquese con su médico, con un personal de enfermería o farmacéuta.

Responda las preguntas siguientes teniendo en cuenta el Folleto 3.1 y la hoja de información del medicamento:

1. En la hoja de información del medicamento, encierre con un círculo los efectos secundarios que puede tener Carmen por tomar amoxicilina.
2. Alrededor de una hora después de haberle administrado la amoxicilina a Carmen, la niña le dice que no se siente bien y que le duele la panza. ¿Qué debe hacer?

Estudio de caso 2: Kristopher es un niño de cuatro años de su programa que es alérgico al polen, al césped y a los árboles. Los padres le proporcionaron las instrucciones del pediatra de darle Diphedryl® (difenhidramina) para aliviar la picazón de los ojos y la secreción nasal.

Las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos* de Kristopher indican que debe consultar los posibles efectos adversos en el prospecto del envase. A continuación se muestra el envase del medicamento que le proporcionaron los padres del niño:

FOR YOUR PROTECTION.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL teaspoonful)	Purpose
Diphenhydramine HCl 12.5 mg	Antihistamine

Uses

- temporarily relieves these symptoms due to hay fever or other upper respiratory allergies:
 - sneezing
 - itchy, watery eyes
 - runny nose
 - itchy, watery eyes
- temporarily relieves these symptoms due to the common cold:
 - sneezing
 - runny nose

Warnings

Do not use with any other product containing diphenhydramine, even one used on skin

Ask a doctor before use if you have

- a breathing problem such as emphysema or chronic bronchitis
- glaucoma
- trouble urinating due to an enlarged prostate gland
- a sodium-restricted diet

Ask a doctor or pharmacist before use if you are taking sedatives or tranquilizers

When using this product

- avoid alcoholic drinks
- marked drowsiness may occur
- excitability may occur, especially in children
- alcohol, sedatives and tranquilizers may increase drowsiness
- be careful when driving a motor vehicle or operating machinery

If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.

Keep out of reach of children. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away.

Directions

- if needed, take every 4-6 hours
- do not take more than 6 doses in 24 hours

children under 6 years of age	ask a doctor
children 6 to under 12 years of age	1 to 2 teaspoonfuls (12.5 mg to 25 mg)
adults and children 12 years of age and over	2 to 4 teaspoonfuls (25 mg to 50 mg)

Drug Facts (continued)

Other information

- each teaspoonful contains: sodium 15 mg
- store at 20°-25°C (68°-77°F)

Inactive ingredients citric acid, D&C red no. 33, FD&C red no. 40, flavor, glycerin, high fructose corn syrup, poloxamer 407, purified water, sodium benzoate, sodium chloride, sodium citrate, sorbitol

Responda las preguntas siguientes teniendo en cuenta el Folleto 3.1 y el envase del medicamento:

1. En el envase del medicamento, encierre con un círculo los efectos no deseados que puede experimentar el niño por el Diphedryl®.
2. Alrededor de 30 minutos después de haberle dado el medicamento a Kristopher, el niño se muestra inquieto e hiperactivo y le cuesta tranquilizarse, lo cual no es usual en él. ¿Qué cree que está sucediendo?

¿Qué debe hacer? _____

Ejercicio 3.2: Cómo identificar los tipos de medicamentos

Indicaciones: Responda las preguntas en función del contenido del envase o de la etiqueta del medicamento.

Ejemplo 1

Infants' TYLENOL®
Acetaminophen Pain Reliever-Fever Reducer
NEW! SimpleMeasure™

See New Dosage & Directions
NDC 50580-191-01
Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

INFANTS

Ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

SimpleMeasure™
See side panel for more information

Grape FLAVOR
1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

Drug Facts (continued)

- replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor
Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carbon tape imprinted "SAFETY SEAL®" or bottle wrap imprints "SAFETY SEAL®" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #33, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-895-3665

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily; reduces fever
 relieves minor aches and pains due to:
 the common cold flu headache sore throat toothache

Warnings
Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount
 with other drugs containing acetaminophen
Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use
 with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
 if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product

Ask a doctor before use if your child has liver disease
 Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if pain gets worse or lasts more than 5 days
 fever gets worse or lasts more than 3 days
 new symptoms occur redness or swelling is present
 These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-222-1222) Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions
 this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
 do not give more than directed (see overdose warning)
 shake well before using
 mL = milliliter
 find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
 push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
 turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
 dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
 repeat dose every 4 hours while symptoms last
 do not give more than 5 times in 24 hours

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See Directions for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
 New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

LOT: **ABC987**
 EXP: **09/XX**

- ¿Es este un medicamento de venta libre o con prescripción? ¿Cómo lo sabe?
- ¿Es este un medicamento genérico o de nombre comercial? ¿Cómo lo sabe?
- ¿Cuál es el principio activo?

Ejemplo 2

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

100 Main Street, New York, NY 10068

Rx n.º: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown **F. de nac.: 06/04/XX**

(718) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)

Administrar una dosis (0.15 mg) con autoinyector según necesidad en caso de síntomas de anafilaxia, como: dificultad para respirar, dificultad para tragar, urticaria, pérdida del conocimiento, vómitos severos, diarrea o calambres abdominales.

Persona que receta: **Nancy Wallace MD** **(718) 564-9832**

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 1 inyector Inic. del farm. reg.: RSL

Fecha de suministro: 07/15/XX Fecha orig.: 07/15/XX Fecha venc.: 07/15/XX

1. ¿Es este un medicamento de venta libre o con prescripción? ¿Cómo lo sabe?

2. ¿Es este un medicamento genérico o de nombre comercial? ¿Cómo lo sabe?

Respuestas 3.1: Ejercicio 3.1: Cómo responder frente a los efectos de los medicamentos

Estudio de caso 1: Carmen es una niña de tres años de su programa que está recibiendo un tratamiento por una infección en el oído. El médico le prescribió un antibiótico líquido llamado amoxicilina, que se administra por boca durante diez días. Dado que la niña debe tomar el medicamento tres veces al día, a usted le toca dárselo todos los días a las 2:00 p. m.

Las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos* de Carmen indican que debe consultar los posibles efectos adversos en el prospecto del envase. Los padres de la niña le dieron la siguiente hoja de información de la farmacia:

HOJA DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA SUSP. 250 MG/5 ML
 NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las instrucciones de uso de este medicamento proporcionadas por su médico. ESTE MEDICAMENTO PUEDE TOMARSE con el estómago vacío o lleno. PARA ELIMINAR LA INFECCIÓN POR COMPLETO, continúe la toma del medicamento sin interrumpir el tratamiento, aun si se siente mejor en unos días. No omita ninguna dosis. SI OMITI ALGUNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómela lo antes posible.

PRECAUCIONES: NO TOME ESTE MEDICAMENTO SI TUVO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina o con cefalosporina. SI EXPERIMENTA dificultad para respirar u opresión en el pecho; inflamación de los párpados, el rostro o los labios; o si le sale una erupción o tiene urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No siga tomando el medicamento a menos que el médico se lo indique.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: LOS EFECTOS ADVERSOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, son: náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si estos síntomas continúan o generan molestias, consulte a su médico. Es poco probable que se produzca UNA REACCIÓN ALÉRGICA a este medicamento, pero si sucede, busque atención médica de inmediato. Los síntomas de una reacción alérgica son las erupciones, la picazón, la inflamación, el mareo o la dificultad para respirar. Si advierte otros efectos diferentes a los mencionados, comuníquese con su médico, con un personal de enfermería o farmacéuta.

Responda las preguntas siguientes teniendo en cuenta el Folleto 3.1 y la hoja de información del medicamento:

1. En la hoja de información del medicamento, encierre con un círculo los efectos secundarios que puede tener Carmen por tomar amoxicilina.

2. Alrededor de una hora después de haberle administrado la amoxicilina a Carmen, la niña le dice que no se siente bien y que le duele la panza. ¿Qué debe hacer?

Leer las instrucciones del proveedor de atención médica de Carmen en su Formulario de consentimiento para medicamentos (recuadro 9 del formulario). Además, comunicarse con los padres de Carmen y registrar por escrito en el Registro de administración de medicamentos de la niña (en la columna de efectos secundarios) que tuvo dolor de estómago.

Estudio de caso 2: Kristopher es un niño de cuatro años de su programa que es alérgico al polen, al césped y a los árboles. Los padres le proporcionaron las instrucciones del pediatra de darle Diphedryl® (difenhidramina) para aliviar la picazón de los ojos y la secreción nasal.

Las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos* de Kristopher indican que debe consultar los posibles efectos adversos en el prospecto del envase. A continuación se muestra el envase del medicamento que le proporcionaron los padres del niño:

FOR YOUR PROTECTION.

Drug Facts

Active ingredient	Purpose
(in each 5 mL teaspoonful)	
Diphenhydramine HCl 12.5 mg Antihistamine	

Uses

- temporarily relieves these symptoms due to hay fever or other upper respiratory allergies:
 - sneezing ■ itching of the nose or throat
 - runny nose ■ itchy, watery eyes
- temporarily relieves these symptoms due to the common cold:
 - sneezing ■ runny nose

Warnings

Do not use with any other product containing diphenhydramine, even one used on skin

Ask a doctor before use if you have

- a breathing problem such as emphysema or chronic bronchitis ■ glaucoma
- trouble urinating due to an enlarged prostate gland
- a sodium-restricted diet

Ask a doctor or pharmacist before use if you are taking sedatives or tranquilizers

When using this product

- avoid alcoholic drinks
- marked drowsiness may occur
- excitability may occur, especially in children
- alcohol, sedatives and tranquilizers may increase drowsiness
- be careful when driving a motor vehicle or operating machinery

If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.

Keep out of reach of children. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away.

Directions

- if needed, take every 4-6 hours
- do not take more than 6 doses in 24 hours

children under 6 years of age	ask a doctor
children 6 to under 12 years of age	1 to 2 teaspoonfuls (12.5 mg to 25 mg)
adults and children 12 years of age and over	2 to 4 teaspoonfuls (25 mg to 50 mg)

Drug Facts (continued)

Other information

- each teaspoonful contains: sodium 15 mg
- store at 20°-25°C (68°-77°F)

Inactive ingredients citric acid, D&C red no. 33, FD&C red no. 40, flavor, glycerin, high fructose corn syrup, poloxamer 407, purified water, sodium benzoate, sodium chloride, sodium citrate, sorbitol

NUMBER ONE PHARMACY

ALCOHOL FREE

DIPHEDRYL®

ALLERGY

LIQUID MEDICATION

ANTIHISTAMINE

*This product is not manufactured or distributed by Warner-Lambert Consumer Healthcare, distributor of Children's Benadryl®.

SATISFACTION GUARANTEE

NUMBER ONE PHARMACY

IF YOU'RE NOT SATISFIED, WE'LL HAPPILY REFUND YOUR MONEY.

Responda las preguntas siguientes teniendo en cuenta el Folleto 3.1 y el envase del medicamento:

1. En el envase del medicamento, encierre con un círculo los efectos no deseados que puede experimentar el niño por el Diphedryl®.

2. Alrededor de 30 minutos después de haberle dado el medicamento a Kristopher, el niño se muestra inquieto e hiperactivo y le cuesta tranquilizarse, lo cual no es usual en él. ¿Qué cree que está sucediendo?

Kristopher puede estar padeciendo un efecto secundario del medicamento.

¿Qué debe hacer? Leer las instrucciones del proveedor de atención médica de Kristopher en su *Formulario de consentimiento para medicamentos* (recuadro 9 del formulario). Comunicarse con los padres del niño y recomendarles que contacten al médico. Además, debe registrar por escrito en el *Registro de administración de medicamentos del niño* (en la columna de efectos secundarios) el efecto secundario que advirtió y que se comunicó con los padres.

Respuestas 3.2: Ejercicio 3.2: Cómo identificar los tipos de medicamentos

Indicaciones: Responda las preguntas en función del contenido del envase o de la etiqueta del medicamento.

Ejemplo 1

Drug Facts (continued)

replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor
Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carton tape is printed "SAFETY SEAL®" or bottle wrap is printed "SAFETY SEAL®" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #33, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and croscarmellose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
 call 1-877-895-3665

See New Dosage & Directions

NDC 50580-191-01

Infants' TYLENOL®

For Children

Acetaminophen Oral Suspension

Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

INFANTS

ibuprofen Free
 Alcohol Free
 Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

SimpleMeasure™
 See side panel for more information

Grape
 FLAVOR

1 fl oz (30 mL)
 160 mg per 5 mL

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See **Directions** for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
 New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily:

- reduces fever
- relieves minor aches and pains due to:
 - the common cold
 - flu
 - headache
 - sore throat
 - toothache

Warnings

Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount.

with other drugs containing acetaminophen

Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use

- with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
- if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product.

Ask a doctor before use if your child has liver disease

Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if

- your pain gets worse or lasts more than 5 days
- fever gets worse or lasts more than 3 days
- new symptoms occur
- redness or swelling is present

 These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-222-1222) Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions

- this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
- do not give more than directed (see overdose warning)
- shake well before using
- mL = milliliter
- find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
- turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
- dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
- repeat dose every 4 hours while symptoms last
- do not give more than 5 times in 24 hours

LOT: **ABC987**
 EXP: **09/XX**

- ¿Es este un medicamento de venta libre o con prescripción? ¿Cómo lo sabe?
Medicamento de venta libre. No tiene etiqueta de la farmacia. Las indicaciones no son específicas del niño. Puede comprarse en la farmacia sin una prescripción de una persona con licencia autorizada para recetar.
- ¿Es este un medicamento genérico o de nombre comercial? ¿Cómo lo sabe?
Nombre comercial. El envase dice Tylenol con el símbolo ® junto al nombre.
- ¿Cuál es el principio activo?
Acetaminofeno

Ejemplo 2

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

100 Main Street, New York, NY 10068

Rx n.º: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown **F. de nac.: 06/04/XX**

(718) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)

Administrar una dosis (0.15 mg) con autoinyector según necesidad en caso de síntomas de anafilaxia, como: dificultad para respirar, dificultad para tragar, urticaria, pérdida del conocimiento, vómitos severos, diarrea o calambres abdominales.

Persona que receta: **Nancy Wallace MD** **(718) 564-9832**

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

Renovable: 0 veces CANT.: 1 inyector Inic. del farm. reg.: RSL

Fecha de suministro: 07/15/XX Fecha orig.: 07/15/XX Fecha venc.: 07/15/XX

1. ¿Es este un medicamento de venta libre o con prescripción? ¿Cómo lo sabe?

Medicamento con prescripción. El envase del medicamento tiene la etiqueta de la farmacia, que contiene información específica para el niño, Michael Brown.

2. ¿Es este un medicamento genérico o de nombre comercial? ¿Cómo lo sabe?

Nombre comercial. El nombre del medicamento, EpiPen, está acompañado del símbolo ®.

Folleto 4.1: Qué permisos e instrucciones necesito para administrar un medicamento?

Un proveedor de cuidado infantil puede administrar lo siguiente con un permiso por escrito de los padres:

- Pantalla solar
- Repelente de insectos de aplicación tópica
- Ungüentos de uso tópico de venta libre (incluidos ungüentos, cremas, geles y lociones)

El OCFS-6010-S *Formulario de consentimiento para administrar productos que no son medicamentos* está disponible solo para este fin. Consulte el sitio web de OCFS (www.ocfs.ny.gov/main/documents/docsChildCare.asp). Si las instrucciones del envase indican que se debe consultar a un médico, o si las indicaciones proporcionadas por los padres no coinciden con las instrucciones de la etiqueta, deberá contar con una instrucción por escrito del proveedor de atención médica del niño para poder administrárselo.

Debe contar con un permiso **escrito** de los padres e instrucciones **escritas** del proveedor de atención médica del niño para poder administrar cualquier medicamento.

- El permiso y las instrucciones deben estar escritos en un idioma en el que usted pueda leer y escribir.
- Los padres y el proveedor de atención médica deben renovar los permisos y las instrucciones escritas al menos cada seis meses para los niños menores de cinco (5) años, y una vez al año para los niños mayores de cinco (5) años.
- Puede aceptar consentimientos enviados por fax de los permisos y las instrucciones.
- Todos los permisos y las instrucciones por escrito deben incluirse en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* de la OCFS o en un documento aprobado equivalente.

El plan de atención médica de su programa detalla las políticas y los procedimientos que debe seguir al administrar medicamentos. Consulte el plan de atención médica de su programa para saber lo siguiente:

- Si su programa ha creado su propio formulario de permisos e instrucciones.
- Si puede aceptar permisos e instrucciones por escrito no incluidos en un documento preaprobado equivalente al *Formulario de consentimiento para medicamentos* de la OCFS. La información por escrito debe incluir lo siguiente:
 - ◆ El nombre y el apellido del niño
 - ◆ La fecha de nacimiento
 - ◆ Las alergias conocidas
 - ◆ El nombre del medicamento (incluida la concentración)
 - ◆ La dosis del medicamento
 - ◆ La vía de administración
 - ◆ Con qué frecuencia administrar el medicamento o qué síntomas debe manifestar el niño para necesitar el medicamento
 - ◆ Posibles efectos secundarios o efectos secundarios adicionales
 - ◆ Pasos a seguir si se observan efectos secundarios

(continúa en la página siguiente) ►

- ◆ Instrucciones especiales en el prospecto del envase o instrucciones especiales adicionales
- ◆ Motivos por los cuales el niño está tomando el medicamento (a menos que sea confidencial por ley)
- ◆ Si se trata de un niño con necesidades especiales de salud, según la definición de la OCFS
- ◆ Si se trata de una modificación de un pedido de medicación anterior
- ◆ Fecha de autorización de la prescripción
- ◆ Fecha en que debe discontinuarse
- ◆ Nombre, número de teléfono y firma de la persona con licencia autorizada para recetar

Excepciones de los permisos y las instrucciones

Si su plan de atención médica lo permite, puede aceptar permisos verbales en las circunstancias siguientes:

1. Para niños menores de dieciocho (18) meses de edad, los medicamentos recetados; los medicamentos de venta libre de administración oral; los parches medicados; y las gotas o los atomizadores oftálmicos, óticos o nasales pueden ser administrados por un cuidador por un día solamente, *habiendo recibido un permiso verbal de los padres e instrucciones verbales directamente del proveedor de atención médica o de la persona con licencia autorizada para recetar*. Si se debe administrar un medicamento recetado; medicamento de venta libre de administración oral; parche medicado; y gotas o atomizadores oftálmicos, óticos o nasales en un día subsiguiente o de forma continua, el cuidador debe haber obtenido un permiso por escrito de los padres e instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para poder hacerlo.
2. Para niños mayores de dieciocho (18) meses de edad, los medicamentos recetados; los medicamentos de venta libre de administración oral; los parches medicados; y las gotas o los atomizadores oftálmicos, óticos o nasales pueden ser administrados por un cuidador *por un día solamente, habiendo recibido un permiso verbal de los padres*.

Un cuidador no puede administrarle un medicamento a un niño si las instrucciones de los padres difieren de las instrucciones del envase del medicamento hasta que el proveedor de cuidado infantil haya recibido instrucciones de un proveedor de atención médica o persona con licencia autorizada para recetar sobre cómo administrar el medicamento.

- El cuidador debe notificar de inmediato a los padres si no administrará el medicamento por diferir las instrucciones sobre cómo hacerlo.

Aceptación de instrucciones verbales:

Consulte el plan de atención médica de su programa para saber si puede aceptar un permiso e instrucciones verbales. Si acepta un permiso e instrucciones verbales, utilice el *Formulario de consentimiento verbal y administración del registro* de la OCFS u anote todas las dosis que le da al niño ese día solamente.

Solamente puede aceptar instrucciones verbales de un médico, asistente médico, practicante de enfermería o personal de enfermería de parte del médico, asistente médico o practicante de enfermería del niño. Consulte el Folleto 4.6.

Folleto 4.2: OCFS-LDSS-7002-S

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento: / /	3. Alergias conocidas del niño(a):
4. Nombre del medicamento (<i>incluso la dosis</i>):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
7A. Frecuencia de administración: _____		
O		
7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (<i>signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles</i>): _____		
8A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (<i>padre/madre debe proveer</i>).		
Y/O		
8B: Efectos secundarios adicionales: _____		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?		
<input type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.		
<input type="checkbox"/> Otra (<i>describa</i>): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (<i>padre/madre debe proveer</i>).		
Y/O		
10B. Instrucciones especiales adicionales: (<i>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</i>).		
11. Razón del medicamento (<i>a menos que sea confidencial por ley</i>): _____		
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?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 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: / /	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (<i>letra de imprenta</i>):	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir:	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: X		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica 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:

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):

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.

35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:

X

Folleto 4.3: Abreviaturas médicas comunes

Abreviatura	Significado
\bar{a} .	antes
$\bar{a.c.}$	antes de las comidas
b.i.d., B.I.D.	dos veces al día
\bar{c} .	con
cc	centímetro cúbico
dc'd	descontinuado, suspendido
gtt	gota
Gm, gm, g	gramo
hr, H	hora
hs, HS	horas de sueño
kg	kilogramo
m \bar{c} g	microgramo
mg	miligramo
ml	mililitro
NKA	sin alergias conocidas
NKDA	sin alergias conocidas documentadas
OD	ojo derecho
OS	ojo izquierdo
OU	cada ojo
\bar{o} z	onza
\bar{p} .	después, pasadas
p.c.	después de las comidas
per	por
p.o.	por boca
p.r.n.	según necesidad
Q	cada
q.d.	todos los días
q.i.d., Q.I.D.	cuatro veces al día
$\bar{q.o.d.}$, Q.O.D.	día por medio
\bar{s} .	sin
i	uno
ii	dos
iii	tres
tbsp., T	cucharada
t.i.d., T.I.D.	tres veces al día
tsp., t	cucharadita

En las instrucciones de los medicamentos deben utilizarse formas completas, no abreviaturas. Si no comprende algo de lo que está escrito en el formulario de consentimiento de medicamentos, debe obtener instrucciones claras antes de administrar el medicamento.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 4.4: OCFS-LDSS-7004-S

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) _____

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 secundarios?	Para medicamentos dados "según la necesidad", escriba los síntomas que exhibió el niño que requirió el medicamento	¿Se notificó a los padres sobre los medicamentos dados "según la necesidad"?
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>					

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

Complete esta sección si el medicamento listado arriba no se administró como se indica en el formulario de consentimiento escrito.

Fecha no dado	Descripción de la razón por la que no se dio el medicamento	Se notificó a los padres	Firma del Proveedor(a)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Notas: _____

Folleto 4.5: Documentación correcta

Documentación correcta



Debe mantener un registro de todos los medicamentos administrados en su programa. Si anota todos los medicamentos que administra en su programa, estará ayudando a evitar errores, como la omisión de una dosis o la administración accidental de dos dosis en un niño.

Los siguientes son algunos consejos para llevar una documentación correcta:

- Utilice un *Registro de administración de medicamentos* por cada medicamento que esté tomando el niño.
- Escriba con tinta.
- Anote todos los medicamentos que administre inmediatamente después de que el niño los haya tomado.
- Documente siempre la fecha, la dosis y la hora de administración, y firme el registro.
- Si administró un medicamento “según necesidad”, asegúrese de dejar asentado por qué lo administró y si notificó o no a los padres del niño.
- Anote en el registro del niño cualquier efecto secundario que observe y sobre el que haya notificado a los padres.
- Si no se administró un medicamento, anote el motivo.
- Anote cualquier medicamento que el niño haya recibido en el hogar antes de llegar a la instalación de cuidado.
- Si un miembro de la familia acudió para administrarle un medicamento al niño, debe anotar quién le dio el medicamento, la dosis y la hora.
- Si comete un error al anotar el medicamento que le dio al niño, tache la información incorrecta con una sola línea y escriba “error” con sus iniciales al lado y luego escriba la información correcta.
P. ej., Dosis: ~~Dos gotas~~ Error MW
Dosis: Una gota
- NO utilice líquido corrector.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 4.6: OCFS-LDSS-7003-S

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.

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Nombre del medicamento (incluyendo su dosis):	3. Cantidad/dosis a administrarse:
4. Ruta de administración:		5. Frecuencia de administración para hoy únicamente:
<p>6A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para una lista completa de posibles efectos secundarios (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete).</p> <p>Y/O</p> <p>6B: Efectos secundarios adicionales:</p>		
<p>7. ¿Qué acción debería tomar el programa si se notan efectos secundarios?:</p> <p><input type="checkbox"/> Contacte al padre/madre.</p> <p><input type="checkbox"/> Contacte al que prescribe el medicamento, llamando al número de teléfono provisto.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describa): _____</p>		
<p>8A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para una lista completa de instrucciones especiales (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete).</p> <p>Y/O</p> <p>8B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualesquier preocupaciones relacionadas con interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté recibiendo o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que se relaciona a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente.</p> <p>También describa situaciones en las que el medicamento no debería ser administrado:</p>		
9. Nombre del proveedor(a):	10. Número de licencia/registro:	11. Número de teléfono del programa:
<p>12. Yo, _____ recibí permiso de verbal de _____</p> <p style="text-align: center;">(nombre del proveedor(a) de cuidado) (padre/madre del niño(a))</p> <p>para administrar el medicamento el _____.</p> <p style="text-align: center;">(fecha autorizada para darse)</p> <p>Las instrucciones que recibí del padre/madre emparejan con las instrucciones de uso del envase del medicamento. Si las instrucciones no emparejan, he recibido instrucciones verbales o escritas de un proveedor(a) de salud o una persona licenciada y autorizada para prescribir.</p>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VERBAL Y ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO

13. COMPLETE ESTA SECCION PARA EL CONSENTIMIENTO MÉDICO VERBAL REQUIRIENDO INSTRUCCIONES DEL PROVEEDOR(A) DE SALUD

Además del consentimiento del padre/madre, _____ recibí instrucciones verbales de
(nombre del proveedor(a) de cuidado)

_____ (marque la casilla de abajo que se aplique).

Médico
 Asistente de Médico (PA)
 Enfermera(o) Practicante (NP)
 Enfermera(o) Registrada(o) en nombre del médico del niño(a), PA o NP

para administrar el medicamento de arriba el _____
(fecha autorizada para darse)

Se ha solicitado que el proveedor(a) de salud envíe las instrucciones del medicamento por escrito.

14. Nombre del licenciado(a) para prescribir (médico, PA o NP):	15. Número de teléfono del licenciado(a) para prescribir:
16. Yo he verificado que las secciones #1 - #15 están completas. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar el medicamento con seguridad ha sido provista al programa de cuidado diurno.	
17. Nombre del proveedor(a) de cuidado (en letra de imprenta):	18. Fecha de recibo:
19. Firma del proveedor(a) de cuidado: X	

Fecha de Administración	Medicamento	Dosis	Hora de Administración	Firma del Proveedor(a) de Cuidado

RECONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO VERBAL POR EL PADRE/MADRE

Yo, padre/madre, di permiso verbal al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento indicado anteriormente el
 / / _____
 (fecha)

Firma del padre/madre:
X

Folleto 4.7: Almacenamiento de los medicamentos

Cuando decida dónde guardar los medicamentos, asegúrese de que el lugar que elija en el programa tenga las características siguientes:

Medicamentos generales

- Esté limpio y sea seguro, es decir al que los niños no puedan entrar (sea inaccesible).
- Sea fresco, seco y oscuro, a menos que en el medicamento se indique lo contrario.

Medicamentos de emergencia

- Esté cerca del niño, donde usted pueda obtener el medicamento rápidamente.
- Usted decide si el mejor lugar es:
 - ◆ su mochila de emergencia; o
 - ◆ un bolso que lleve colgado.

En su plan de atención médica se indicará dónde almacenar los medicamentos en su programa. Puede que tenga más de un lugar donde guardarlos. ***Si cambia el lugar de almacenamiento de los medicamentos, debe actualizar el plan de atención médica y comunicarle a todo el personal correspondiente la nueva ubicación.***

Medicamentos refrigerados

- Si guarda los medicamentos en el refrigerador de alimentos, debe mantenerlos separados de la comida y dentro de un contenedor hermético. Un contenedor hermético es un envase que cuando se da vuelta y se sacude no permite que se escape ningún líquido.
- Si tiene un refrigerador aparte que utiliza únicamente para los medicamentos, asegúrese de que esté bloqueado o que no sea accesible para los niños.
- Mantenga el refrigerador a una temperatura de entre 36 °F y 46 °F.
- Si se produce un corte de luz en su programa o si el refrigerador deja de funcionar, llame a la farmacia local y siga sus recomendaciones respecto del uso de los medicamentos que se guardan refrigerados.

Sustancias controladas

- Guárdelas en un lugar bajo llave y con acceso limitado.
- Cuente siempre la cantidad de píldoras o anote la cantidad de líquido que queda en el envase cuando reciba los medicamentos de los padres.
- Lleve la cuenta todos los días si hay más de un miembro del personal que administre los medicamentos o que tenga acceso al lugar de almacenamiento.
- Cuente la cantidad de píldoras o anote la cantidad de líquido que quede en el envase cuando les devuelva los medicamentos a los padres.

Eliminación de los medicamentos

Devuélvalos siempre los medicamentos a los padres cuando estos o el consentimiento hayan vencido, o cuando ya no sea necesario seguir administrándolos.

Si no puede devolverles los medicamentos a los padres, siga estas pautas:

- Saque el medicamento de su contenedor original.
- Mézclelo con una sustancia no deseada, como borra de café o piedras sanitarias para gatos. La Asociación Estadounidense de Farmacéuticos recomienda primero moler el medicamento o disolverlo en agua.
- Coloque el material en un contenedor hermético, como una lata vacía o una bolsa de plástico sellada.
- Arroje el contenedor en la basura.
- Arroje el medicamento en el inodoro solamente si el envase o el prospecto dicen que es seguro hacerlo.

Medicamentos en stock

Puede que en su programa se mantenga un suministro de determinados medicamentos de venta libre que no estén destinados a ningún niño en particular para poder utilizarlos en caso de que algún niño lo necesite mientras se encuentre en la instalación de cuidado. Para almacenar los medicamentos en stock deberá seguir las mismas pautas que para los medicamentos destinados a un niño específico.

Los programas que participan en el Programa de Salud Bucal del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés) del Estado de Nueva York pueden tener en stock tabletas de flúor suministradas por el DOH.

Los programas de cuidado infantil que almacenan y administran medicamentos que no están destinados a ningún niño en particular deben contar con una política de medicamentos de venta libre antes de poder almacenarlos. Dicha política debe abordar el almacenamiento seguro y la administración adecuada de los medicamentos de venta libre, además de la necesidad de llevar a cabo prácticas estrictas de control de infecciones pertinentes a los medicamentos en stock.



Los programas que se encuentren en un radio de 10 millas de una instalación de energía nuclear (p. ej., Indian Point) y cuyo personal haya

completado la capacitación adecuada pueden tener en stock yoduro de potasio (KI) para utilizar solo según lo indique el sistema de notificación de emergencias del área.

El yoduro de potasio es un medicamento de venta libre y de exclusión voluntaria, es decir, que se les administrará a todos los niños, a menos que los padres hayan completado el OCFS-4411-S *Formulario para rehusar o no optar por el yoduro de potasio (KI)* para solicitar que no se administre.

- Los medicamentos en stock deben guardarse en un lugar limpio que no sea accesible a los niños y por separado de los medicamentos específicos para los niños.
- Los medicamentos en stock deben guardarse en el envase original y deben tener la información siguiente en la etiqueta o en el prospecto del envase:
 - Nombre del medicamento;
 - Finalidad;
 - Instrucciones de uso, incluida la vía de administración;
 - Instrucciones de dosis;
 - Posibles efectos secundarios o reacciones adversas;

- Advertencias o condiciones en las que no se aconseja administrar el medicamento; y
 - Fecha de vencimiento.
-
- Los programas de cuidado infantil que tengan medicamentos de venta libre en stock que no vengan en envases de una sola dosis deben contar con un mecanismo aparte para administrar el medicamento a cada niño que lo necesite.
 - Una vez que se haya utilizado un dispositivo para un niño en particular, dicho dispositivo debe desecharse o reutilizarse únicamente con ese mismo niño, y debe, por lo tanto, etiquetarse con el nombre y apellido de ese niño.
 - En la política de medicamentos de venta libre en stock, el programa debe incluir el procedimiento para dispensar dichos medicamentos del envase al dispositivo, o para administrarlos directamente al niño sin contaminar el medicamento en stock.
 - Todos los medicamentos en stock deben administrarse empleando las mejores prácticas y de conformidad con las instrucciones de uso del envase del medicamento.


Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 4.8: Aceptación de un medicamento

Siga los pasos a continuación cada vez que reciba un medicamento de una madre o un padre. Si no puede seguir estos pasos, comuníqueles a los padres que no puede aceptar el medicamento y explíqueles qué es lo que necesita que hagan para que usted pueda aceptar y administrar el medicamento.

Complete los pasos siguientes	✓ por cada paso completado
1. El medicamento debe estar etiquetado con el nombre completo del niño. <ul style="list-style-type: none"> En los medicamentos recetados, la etiqueta de la farmacia debe estar pegada en el envase y debe ser legible. De ser necesario, los padres también deben darle cualquier instrumento especial, como una cuchara dosificadora o una jeringa para administración por vía oral, con el nombre y apellido del niño escritos. Consulte el Folleto 4.9. 	
2. El envase del medicamento debe tener la fecha de vencimiento y esta no debe haber transcurrido.	
3. Usted debe contar con las instrucciones por escrito del proveedor de atención médica. <ul style="list-style-type: none"> Las instrucciones deben estar completas, deben ser claras y deben estar firmadas por el proveedor de atención médica. Si el proveedor de atención médica no indicó una hora específica, como la 1:00 p. m. en el recuadro 7A, asegúrese de que el padre escriba la hora específica en que debe administrarse el medicamento en el recuadro 19. Consulte el Folleto 4.1 para saber cómo proceder si el padre no cuenta con las instrucciones escritas. 	
4. Usted debe contar con un permiso por escrito de los padres. <ul style="list-style-type: none"> Consulte el Folleto 4.1 para saber cómo proceder si los padres no pueden firmar el formulario. 	
5. Las instrucciones escritas en la etiqueta del medicamento deben coincidir con las instrucciones del <i>Formulario de consentimiento para medicamentos</i> . <ul style="list-style-type: none"> Consulte el Folleto 4.10 para saber cómo proceder si la etiqueta no coincide. 	
6. Complete la sección del Programa de Cuidado Diurno del <i>Formulario de consentimiento para medicamentos</i> y comuníqueles a los padres que está de acuerdo con administrar el medicamento.	
7. Coloque el medicamento en el lugar de almacenamiento o en el refrigerador. <ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de que este sea el lugar de almacenamiento que dejó asentado en el plan de atención médica. 	
8. Cree un <i>Registro de administración de medicamentos</i> para la medicación del niño.	

La tabla continúa en la página siguiente ►

Complete los pasos siguientes	 por cada paso completado
<i>(La tabla empieza en la página anterior)</i>	
9. Archive juntos el <i>Formulario de consentimiento para medicamentos</i> , cualquier prospecto o copia impresa de la farmacia y el <i>Registro de administración de medicamentos</i> en un lugar accesible, que le permita revisar los formularios todos los días.	

Folleto 4.9: Recursos para la administración y requisitos de etiquetado de los medicamentos

Requisitos de etiquetado de los medicamentos de venta libre

Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original y deben estar etiquetados con el nombre y apellido del niño.

Requisitos de etiquetado de los medicamentos recetados

Los medicamentos recetados deben guardarse en un contenedor que los niños no puedan abrir. Deben tener la etiqueta original de la farmacia con la información siguiente:

1. El nombre y el apellido del niño
2. El nombre del medicamento
3. La frecuencia de administración del medicamento
4. La dosis del medicamento
5. La fecha en que debe dejar de administrarse el medicamento (fecha de interrupción) o la cantidad de días que debe administrarse
6. El nombre del proveedor de atención médica que prescribió el medicamento
7. El nombre y número de teléfono de la farmacia
8. La fecha en que se suministró la prescripción

7	Pharmacy Inc. #0012 Tel.: 212-555-0102 100 Main Street, New York, NY 10068 Rx n.º: 8145974-02 Tx: 8063264	
1	Jose Martinez F. de nac.: 11/30/XX (718) 554-1984 461 Park Place, Brooklyn, NY 11202	
2	Amoxicilina 250 mg comprimidos	
4	3	5
	Administrar un comprimido por boca a las 10:00 a. m. y a las 2:00 p. m. Interrumpir a los 14 días.	
6	Persona que receta: Nancy Wallace MD (718) 564-9832 221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202 Renovable: 0 veces CANT.: 30 Inic. del farm. reg.: RSL	
8	Fecha de suministro: 07/15/XX Fecha orig.: 07/15/XX Fecha venc.: 07/15/XX	

Muestras de medicamentos

Las farmacias no entregan muestras de medicamentos y estas no tendrán una etiqueta de la farmacia. Las muestras de medicamentos suministradas por el proveedor de atención médica del niño deben estar correctamente etiquetadas con la misma información requerida para la etiqueta de la farmacia. Los padres deben conocer este requisito para que el proveedor de atención médica del niño pueda etiquetar las muestras con la información correspondiente.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 4.10: La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento

La información escrita en la etiqueta del medicamento debe coincidir exactamente con la información escrita en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* del niño.

Sin embargo, en caso de haber cambios en las instrucciones, puede administrar el medicamento en su envase original etiquetado cuando los únicos cambios realizados por el proveedor de atención médica sean los siguientes:

- dosis; y
- hora o frecuencia.

Si acepta los cambios en la dosis, la hora o la frecuencia, el programa debe hacerle saber al personal aprobado para administrar medicamentos, tanto de forma verbal como por escrito, que las instrucciones de la etiqueta de la farmacia no coinciden con las instrucciones que redactó el proveedor de atención médica.

Una manera de hacerlo es colocar un adhesivo de color en el medicamento del niño, cerca de la etiqueta de la farmacia. De ese modo, usted sabrá que los medicamentos con un adhesivo en las etiquetas de la farmacia no tendrán la información actualizada y que por lo tanto deberá seguir las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos* del niño.

Además, el proveedor de atención médica deberá escribir en el formulario de consentimiento la fecha en que pide que se realice el cambio en la administración del medicamento recetado.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 4.11: Planificación del día

Cada día, antes de que los niños lleguen al programa, deberá planificar sus necesidades de medicación. Para ello, siga estos consejos.

- Revise todos los *Formularios de consentimiento para medicamentos* actuales en busca de la información siguiente:
 - ◆ La hora en que debe administrarse el medicamento
 - ◆ Los síntomas a los que hay que prestar atención si el medicamento es “según necesidad”
 - ◆ La fecha de vencimiento, para asegurarse de que el consentimiento no esté vencido
- Controle la fecha de vencimiento de cada medicamento, incluidos los medicamentos en stock.
- Controle cuánto queda de los medicamentos para poder comunicarles a los padres cuando se estén agotando los suministros.
- Elija el lugar donde administrará los medicamentos. Para que un lugar sea seguro, debe tener las características siguientes:
 - ◆ Debe estar bien iluminado.
 - ◆ Debe permitirle proporcionar la supervisión adecuada al administrar los medicamentos.
 - ◆ Debe estar cerca de todos los suministros que necesita para administrar los medicamentos, como toallas de papel y guantes.
 - ◆ Debe estar limpio antes de administrar los medicamentos.

Además, usted deberá ser flexible una vez que los niños lleguen al programa, ya que puede que deba apartarse de su plan:

- Asegúrese de que el programa tenga suficiente personas aprobadas para administrar medicamentos presentes en caso de que alguna se reporte enferma.
- Cuando se hagan excursiones, asegúrese de que el personal sea suficiente para garantizar que siempre haya alguien para administrar medicamentos, tanto a los niños de la excursión como a los que hayan quedado en el programa.
- Tenga procedimientos definidos para notificarles a los padres cuando no haya personas aprobadas para administrar medicamentos disponibles y para organizar las necesidades de medicación de los niños (como acordar que un familiar dentro del tercer grado de consanguinidad acuda al programa para administrar la medicación).

Cuando los niños lleguen al programa, averigüe la información siguiente:

- Si el niño tomó el medicamento antes de llegar al programa
- Si el niño necesita algún medicamento nuevo
- Si alguna dosis cambió o debe interrumpirse

Página dejada intencionalmente en blanco

Ejercicio: 4.1: Aceptación de un medicamento

Indicaciones:

Trabaje con otro participante. Lea cada estudio de caso en los folletos y responda las preguntas.

Estudio de caso 1: Carly McMahon es un niño de diez meses de edad de su programa. Cuando los padres lo dejan en la instalación, le dicen que al niño le están saliendo los dientes y que está incómodo e irritable. También le dicen que hablaron con el médico del niño la noche anterior y que este les recomendó que le dieran Tylenol® para el dolor. Los padres le dan una botella de Tylenol Suspensión Oral para niños con el nombre de Carly y le piden que le dé una dosis al niño a la 1:00 p. m. Sin embargo, no tienen un *Formulario de consentimiento para medicamentos* firmado por el proveedor de atención médica de Carly.

Infants' TYLENOL®
Carly McMahon
NEW! SimpleMeasure™

See New Dosage & Directions
NDC 50200-891-01
Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

INFANTS

Ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe
Grape FLAVOR
1 fl oz (30 ml)
160 mg per 5 ml

SimpleMeasure™
See side panel for more information

Drug Facts (continued)
● replace cap tightly to maintain child resistance
Dosing Chart

Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor
Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information
● store between 20-25°C (68-77°F)
● do not use if carbon tape imprinted "SAFETY SEAL" or bottle wrap imprints "SAFETY SEAL" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
● see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients ashyrac acid, bupropion, DSC methyl FD&C blue #1, dextro, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sodium hydroxide, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-485-3965

Drug Facts
Active ingredient (in each 5 mL) Purpose
Acetaminophen 160 mg Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily ● reduces fever
● relieves minor aches and pains due to:
● the common cold ● flu ● headache ● sore throat ● toothache

Warnings
Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount.
● with other drugs containing acetaminophen
Sore throat warning: If your child has a sore throat for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use
● with any other drug containing acetaminophen (prescription or over-the-counter). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
● if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product
Ask a doctor before use if your child has liver disease
Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)
Stop use and ask a doctor if you get worse or lasts more than 5 days
● fever goes away or lasts more than 3 days
● new symptoms occur ● new or worsening symptoms
These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-232-2232) Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions
● this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
● do not give more than directed (see overdose warning)
● shake well before using
● mL = milliliter
● for right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
● push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
● turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
● dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
● repeat dose every 4 hours while symptoms last
● do not give more than 5 times in 24 hours

SimpleMeasure™
STEP 1. See directions for the correct dose for your child.
STEP 2. Shake well before using.
STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.
STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.
STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

LOT: **ABC987**
EXP: **09/xx**

1. ¿Cuenta con las instrucciones necesarias del médico de Carly para aceptar el medicamento?
¿Cómo puede determinarlo?

En caso negativo, ¿qué puede hacer para poder aceptarles el medicamento a los padres de Carly?

Estudio de caso 2: Joshua Liebowitz es un niño de cuatro años de edad de su programa. Le ha estado administrando un medicamento llamado carbamazepina todos los días a las 12:00 p. m. durante los últimos nueve meses para prevenir convulsiones. Joshua ha estado muy bien y no ha tenido convulsiones desde que toma el medicamento. Hoy, los padres del niño le dicen que el médico quiere disminuir la dosis de carbamazepina. Los padres le dan las nuevas instrucciones por escrito del médico (consulte la página siguiente), pero no le dan un nuevo envase de medicamento, ya que todavía quedaba mucha cantidad y la farmacia aún no les aceptaría una nueva prescripción.

1. ¿Cuenta con las instrucciones necesarias del médico de Joshua para aceptar el medicamento?

2. Ve que el recuadro 13 del formulario de consentimiento de Joshua tiene una marca de verificación. La dosis indicada en etiqueta de la botella de carbamazepina que guardó en el programa no coincide con la dosis indicada en el formulario de consentimiento. ¿Necesita una nueva etiqueta que coincida con las nuevas instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para poder aceptar administrar el medicamento?

¿Qué más debe hacer?

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <i>Joshua Liebowitz</i>	2. Fecha de nacimiento: <i>2 / 8 /XX (4 años de edad)</i>	3. Alergias conocidas del niño(a): <i>No se conoce ninguna</i>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <i>Carbamazepine suspension (100mg/5ml)</i>	5. Cantidad/dosis a darse: <i>1 cucharadita</i>	6. Vía de administración: <i>Oral</i>
7A. Frecuencia de administración: <i>12 del mediodía.</i>		
O		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): _____		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> 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?		
<input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.		
<input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input checked="" type="checkbox"/> 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): <i>Trastorno convulsivo</i>		
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?		
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?		
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <i>10/13 /XXXX</i>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <i>/ /</i>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta): <i>Dr. Gary Marchione</i>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <i>(914) 555-1998</i>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <i>X Gary Marchione, MD</i>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): *Joshua Liebowitz*

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):
Gabriel Liebowitz

22. Fecha de la autorización:
10/14/XXXX

23. Firma del padre/madre:

X *Gabriel Liebowitz*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):
Carla Carson

29. Fecha recibida del padre/madre:
10/14/XXXX

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:

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): *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 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:

X *Gary Marchione, MD*

Respuestas 4.1: Ejercicio 4.1: Aceptación de un medicamento

Estudio de caso 1: Carly McMahon es un niño de diez meses de edad de su programa. Cuando los padres lo dejan en la instalación, le dicen que al niño le están saliendo los dientes y que está incómodo e irritable. También le dicen que hablaron con el médico del niño la noche anterior y que este les recomendó que le dieran Tylenol® para el dolor. Los padres le dan una botella de Tylenol Suspensión Oral para niños con el nombre de Carly y le piden que le dé una dosis al niño a la 1:00 p. m. Sin embargo, no tienen un *Formulario de consentimiento para medicamentos* firmado por el proveedor de atención médica de Carly.

Drug Facts (continued)

■ replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor

Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if caplin top is imprinted "SAFETY SEAL" or bottle has imprinted "SAFETY SEAL" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, hydrocodone, D,L-malic acid, FD&C blue #1, flavor, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sodium benzoate, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-895-3665

See New Dosage & Directions

NDC 50580-191-01

Infants' TYLENOL®

For Children

Acetaminophen Oral Suspension

Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

INFANTS

Ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

Grape FLAVOR

SimpleMeasure™
See side panel for more information

1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See *Directions* for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily ■ reduces fever ■ relieves minor aches and pains due to: ■ the common cold ■ flu ■ headache ■ sore throat ■ toothache

Warnings

Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes ■ more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount ■ with other drugs containing acetaminophen

Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use

- with any other drug containing acetaminophen (prescription or over-the-counter). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
- if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product.

Ask a doctor before use if your child has liver disease

Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin.

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if ■ pain gets worse or lasts more than 5 days ■ fever gets worse or lasts more than 3 days ■ new symptoms occur ■ redness or swelling is present These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away: (1-800-222-1222). Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions

- this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
- do not give more than directed (see overdose warning)
- shake well before using
- mL = milliliter
- first-time dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
- turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
- dispense liquid slowly into child's mouth, toward rear cheek
- repeat dose every 4 hours while symptoms last
- do not give more than 5 times in 24 hours

LOT: **ABC987**
EXP: **09/XX**

1. ¿Cuenta con las instrucciones necesarias del médico de Carly para aceptar el medicamento?
¿Cómo puede determinarlo?

No, para administrarle un medicamento de venta libre a un niño menor de 18 meses, debe obtener y documentar un permiso verbal de los padres e instrucciones verbales del proveedor de atención médica del niño.

En caso negativo, ¿qué puede hacer para poder aceptarles el medicamento a los padres de Carly?

Documente que recibió permiso verbal de los padres y que obtuvo y documentó instrucciones verbales del proveedor de atención médica del niño.

Estudio de caso 2: Joshua Liebowitz es un niño de cuatro años de edad de su programa. Le ha estado administrando un medicamento llamado carbamazepina todos los días a las 12:00 p. m. durante los últimos nueve meses para prevenir convulsiones. Joshua ha estado muy bien y no ha tenido convulsiones desde que toma el medicamento. Hoy, los padres del niño le dicen que el médico quiere disminuir la dosis de carbamazepina. Los padres le dan las nuevas instrucciones por escrito del médico (consulte la página siguiente), pero no le dan un nuevo envase de medicamento, ya que todavía quedaba mucha cantidad y la farmacia aún no les aceptaría una nueva prescripción.

1. ¿Cuenta con las instrucciones necesarias del médico de Joshua para aceptar el medicamento?

Sí.

2. Ve que el recuadro 13 del formulario de consentimiento de Joshua tiene una marca de verificación. La dosis indicada en etiqueta de la botella de carbamazepina que guardó en el programa no coincide con la dosis indicada en el formulario de consentimiento. ¿Necesita una nueva etiqueta que coincida con las nuevas instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para poder aceptar administrar el medicamento?

No.

¿Qué más debe hacer?

Notifique (de forma oral y por escrito) a todo el personal aprobado para administrar medicamentos que las instrucciones de la etiqueta de la farmacia no coinciden con las instrucciones que redactó el proveedor de atención médica.

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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <i>Joshua Liebowitz</i>	2. Fecha de nacimiento: <i>2 / 8 /XX (4 años de edad)</i>	3. Alergias conocidas del niño(a): <i>No se conoce ninguna</i>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <i>Carbamazepine suspension (100mg/5ml)</i>	5. Cantidad/dosis a darse: <i>1 cucharadita</i>	6. Vía de administración: <i>Oral</i>
7A. Frecuencia de administración: <i>12 del mediodía.</i>		
O		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles): _____		
8A. Posibles efectos secundarios: <input checked="" type="checkbox"/> 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?		
<input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.		
<input type="checkbox"/> Otra (describa): _____		
10A. Instrucciones especiales: <input checked="" type="checkbox"/> 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): <i>Trastorno convulsivo</i>		
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?		
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?		
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <i>10/13/XXXX</i>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <i>/ /</i>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta): <i>Dr. Gary Marchione</i>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <i>(914) 555-1998</i>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Gary Marchione, MD</i>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño(a)): *Joshua Liebowitz*

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):

Gabriel Liebowitz

22. Fecha de la autorización:

10/14/XXXX

23. Firma del padre/madre:

X *Gabriel Liebowitz*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):

Carla Carson

29. Fecha recibida del padre/madre:

10/14/XXXX

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:

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): *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 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:

X *Gary Marchione, MD*

Folleto 5.1: Cómo administrar medicamentos a niños

Usted conoce las personalidades de los niños de su programa. Tenga esto en cuenta cuando les administre un medicamento para garantizar que el proceso sea seguro.

Principios generales de la administración de medicamentos

Al administrar un medicamento:

- Actúe siempre con seguridad y hágale saber al niño que espera su cooperación.
- Agradézcale al niño después de haberle dado el medicamento.
- Recuerde que lo que funciona con un niño puede no siempre funcionar con otro, por lo que debe ser flexible.
- Pregúnteles a los padres cómo hacen que su hijo acceda a tomar el medicamento e intente seguir la misma rutina en la medida de lo posible.



En ocasiones, no le será posible lograr que un niño tome un medicamento de forma segura.

- **Nunca amenace a un niño, ni le grite o lo sujete para que coopere.** Nunca fuerce a un niño que esté llorando a que tome la medicación.
- Si no puede administrarle el medicamento al niño de forma segura, llame a los padres.
- Recuerde anotar en el registro del niño por qué no administró el medicamento.

Estos son algunos consejos para administrarles medicamentos a los niños de forma segura en su programa:

Bebés

- ☺ Hábleles con un tono tranquilo y apacible.
- ☺ Ponga música relajante.
- ☺ Meza al bebé antes y después de darle un medicamento.
- ☺ Administre el medicamento antes de la comida, a menos que las instrucciones del proveedor de atención médica indiquen específicamente lo contrario.
- ☺ No lo agregua a la fórmula ni a la leche materna.

Niños pequeños

- ☺ Emplee un lenguaje apropiado para la edad.
- ☺ Nunca se refiera al medicamento como “caramelo” o “con sabor a caramelo” (p. ej., amoxicilina de color rosado con sabor a “chicle”).
- ☺ Permítale al niño abrazar un juguete.
- ☺ Dele algo de control al niño; por ejemplo, pregúntele qué color de vaso dosificador quiere usar.
- ☺ Practique darle el medicamento a un muñeco o a un animal de peluche.
- ☺ Disponga de un tiempo antes y después de dar el medicamento para calmar al niño.

Niños de edad preescolar

- ☺ Prepare al niño para que tome el medicamento.
- ☺ Pídale al niño que piense en un lugar que le guste o algo que prefiera hacer mientras toma la medicación.
- ☺ Dele una opción; por ejemplo, pregúntele a qué quiere jugar después.

Niños de edad escolar

- ☺ Prepare al niño para que tome el medicamento.
- ☺ Ayude al niño a relajarse pidiéndole que piense en su lugar favorito o que respire profundo.
- ☺ Involucre al niño en el proceso de modo que tenga un rol activo.
- ☺ Dele la mayor cantidad de control posible.
- ☺ Permítale al niño que exprese sus sentimientos respecto de tener que tomar la medicación.

Folleto 5.2: Situaciones especiales

Una vez que haya aceptado la responsabilidad de administrar un medicamento a un niño de su programa, debe dárselo tal como se indica. Sin embargo, puede haber muchas ocasiones en que el niño esté en su programa y usted no pueda darle el medicamento de forma segura. Hay una sección en la parte posterior del *Registro de administración de medicamentos* para que escriba cuando no administró la dosis como se indicó.

- ▶ **Si el niño se niega a tomar el medicamento o usted no puede dárselo de forma segura:**
 - ♦ No fuerce al niño para que tome el medicamento.
 - ♦ Notifique a los padres del niño de inmediato.
 - ♦ Escriba en el registro del niño que no se administró la dosis y explique por qué.
 - ♦ Revise el plan de atención médica de su programa para conocer las acciones adicionales.

- ▶ **Si el niño escupe (o vomita) inmediatamente o un poco después de haber tomado el medicamento:**
 - ♦ No vuelva a administrar la dosis.
 - ♦ Infórmeles a los padres del niño lo que sucedió lo antes posible.
 - ♦ En el registro, escriba que el niño escupió (o vomitó) parte del medicamento. Luego, consulte la información sobre efectos secundarios y llame a los padres del niño para informarles lo que sucedió y para sugerirles que se comuniquen con el proveedor de atención médica del niño.

- ▶ **Si el niño está ausente o no debía asistir ese día:**
 - ♦ No necesita escribirlo en el *Registro de administración de medicamentos*, ya que no se trata de una dosis omitida.

- ▶ **Si se queda sin medicamento y los padres no le proporcionaron uno nuevo:**
 - ♦ En el registro del niño, escriba que no pudo darle el medicamento y explique el motivo.

- ▶ **Si los padres le dicen que deje de administrar el medicamento antes de la fecha indicada en el formulario de consentimiento:**
 - ♦ Pídale a los padres que completen la parte posterior del formulario de consentimiento con la nueva fecha de interrupción.
 - ♦ Devuélvalos el medicamento a los padres.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 5.3: Cómo administrar un medicamento de forma segura

Usted ya conoce la importancia de cotejar los *Cinco pasos correctos* escritos en el formulario de consentimiento con la información escrita en la etiqueta o el envase del medicamento. Tenga siempre a mano los suministros que vaya a utilizar *antes* de prepararse. Cotejará esta información tres veces cuando:

1. Se esté preparando para administrar el medicamento:

- Mire el registro para asegurarse de que el niño no haya tomado ya el medicamento.
- Compruebe que el niño sea el correcto y que esté preparado para tomar el medicamento.
- Lávese las manos y lave las manos del niño.
- Una vez que el niño esté listo, lleve el formulario de consentimiento al lugar donde están almacenados los medicamento y coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño medicamento dosis vía hora
- Una vez que haya sacado el medicamento del área de almacenamiento, no debe dejarlo nunca al alcance de los niños.
- Revise las instrucciones y la información del envase para comprobar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento, como ser con el estómago vacío o lleno.
- Si no revisó la fecha de vencimiento en el formulario de consentimiento y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
- Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Estas serán diferentes según la vía de administración y el medicamento. Si fuera necesario, consulte el envase o el prospecto.

2. Administre un medicamento:

- Coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño medicamento dosis vía hora
- Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y en el formulario de consentimiento, y cualquier otra instrucción respecto de cómo administrar el medicamento. (Consulte los Folletos 7.1 a 7.8)

3. Deje asentado por escrito que administró el medicamento:

- Inmediatamente, deje asentado por escrito en el registro del niño que administró el medicamento.
- Coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño medicamento dosis vía hora
- Vuelva a guardar el medicamento en el área de almacenamiento.
- Vuelva a lavarse las manos y lave las manos del niño.
- Acompañe al niño de regreso con el grupo.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 6.1: Lavado de manos

Tanto los cuidadores como los voluntarios deben lavarse las manos minuciosamente con agua corriente y jabón:

- al comienzo del día;
- antes y después de administrar un medicamento;
- cuando estén sucias;
- después de ir al baño o de ayudar a un niño a ir al baño;
- después de cambiar un pañal;
- antes y después de manipular alimentos o de comer;
- después de haber tocado una mascota o algún otro animal;
- después de haber estado en contacto con alguna secreción o fluido corporal; y
- después de haber estado afuera.

Tanto los cuidadores como los voluntarios deben asegurarse de que los niños se laven las manos minuciosamente con agua corriente y jabón, o ayudarlos a que lo hagan:

- cuando estén sucias;
- después de ir al baño;
- antes y después de manipular alimentos o de comer;
- después de haber tocado una mascota o algún otro animal;
- después de haber estado en contacto con alguna secreción o fluido corporal; y
- después de haber estado afuera.

Todo el personal, los voluntarios y los niños se lavarán las manos siguiendo los pasos a continuación:

- 1) Humedézcase las manos con agua y aplíquese jabón líquido.
- 2) Frótese las manos con el jabón y el agua durante al menos 30 segundos (recordando frotarse entre los dedos, debajo y alrededor de las uñas, el reverso de las manos, y los anillos y las pulseras, en caso de tener).
- 3) Enjuáguese las manos completamente debajo del chorro de agua con los dedos para abajo para que el agua corra desde las muñecas hasta las puntas de los dedos.
- 4) Deje la canilla abierta.
- 5) Séquese las manos con una toalla de papel descartable o con un dispositivo de secado aprobado.
- 6) Utilice una toalla de papel para cerrar la canilla y, si se encuentra en un baño con la puerta cerrada, use la toalla para abrir la puerta.
- 7) Deseche la toalla en el lugar correspondiente.
- 8) Aplíquese loción para manos, si fuera necesario.

Cuando no haya agua corriente ni jabón disponibles y tenga las manos indudablemente sucias, puede utilizar paños individuales en combinación con sanitizante de manos. Se prohíbe el uso de sanitizante de manos en niños menores de dos (2) años.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 6.2: Uso de guantes¹

Debe usar guantes para su protección. Cuando administra algunos tipos de medicamentos a los niños, puede entrar en contacto con sus fluidos corporales. Dado que los fluidos corporales pueden estar infectados con enfermedades contagiosas, es importante que se proteja utilizando guantes. Utilice guantes siempre que exista la posibilidad de tener contacto con:

- todos los fluidos corporales, como:
 - ◇ secreciones nasales
 - ◇ saliva
 - ◇ lágrimas
 - ◇ vómito
 - ◇ orina
 - ◇ heces
- sangre
- piel lastimada
- membranas mucosas, como las encías y los conductos nasales

Cómo utilizar los guantes¹

1. Lávese las manos.
2. Colóquese un par de guantes limpios. No reutilice guantes médicos.
3. Administre el tratamiento o el medicamento, o limpie el sitio de preparación del medicamento.
4. Quítese el primer guante tirando desde la palma. Toda la superficie exterior del guante se considera sucia. Procure que las superficies sucias toquen superficies sucias solamente.
5. Enrolle el guante que se quitó y colóquelo sobre la palma de la otra mano.
6. Con la mano sin guante (desprotegida), sáquese el otro guante sin tocar la superficie exterior. Inserte un dedo debajo del guante a la altura de la muñeca y empújelo hacia arriba y sobre el guante que tiene en la palma. La superficie interior del guante y la mano sin guante se consideran limpias. Procure tocar las superficies limpias con superficies limpias solamente. No toque la parte exterior del guante con la mano sin guante.
7. Tire los guantes usados en un cesto de basura con bolsa.
8. Lávese las manos.



El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos. Siempre debe lavarse las manos después de haberse quitado y de haber desechado los guantes médicos.

¹ Adaptación del Apéndice F del Plan de atención médica de la Oficina de Servicios para Niños y Familias.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 6.3: Limpieza, higiene y desinfección

OCFS-LDSS-7020-S (Rev. 04/2024)

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 (*incluidas las 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 leyendo 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.

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.
2. 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.
3. 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.
5. 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 llevan a la boca:

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

Al desinfectar los equipos, los juguetes y las superficies sólidas, el programa debe usar:

(Marque todas 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
 - Rocíe la solución # 1: **½ 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 1 galón de agua**

Folleto 7.1: Aplicación tópica de un medicamento

Los medicamentos tópicos vienen en varias presentaciones, como:

- geles
- cremas
- ungüentos
- aerosoles

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al aplicar un medicamento por vía tópica:

- Debe utilizar guantes si:
 - ◇ tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel;
 - ◇ el niño tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel, en el lugar donde se debe aplicar el medicamento;
 - ◇ el medicamento que se debe aplicar no debe entrar en contacto con *su* piel; o
 - ◇ siente más comodidad utilizando guantes al aplicar el medicamento.
- Si es necesario limpie el área afectada antes de la aplicación.
- En el caso de los medicamentos de aplicación tópica que no sean aerosoles, coloque la cantidad adecuada de medicamento sobre la mano con guante.
- Si necesita aplicar más medicación, cámbiese el guante y vuelva a colocar más medicamento sobre el guante limpio.
- Aplique o rocíe el medicamento de forma pareja sobre la piel.
- Al rociar un medicamento tópico, proteja el rostro del niño o pídale que gire la cabeza y cierre los ojos.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.2: Aplicación de parches medicados

Los parches medicados se aplican sobre la piel del niño para que el cuerpo absorba la medicación gradualmente. Estos se dejan aplicados por diferentes periodos de tiempo, por lo que debe asegurarse de saber si usted o los padres son los responsables de quitarlos.

También debe saber qué hacer si el niño se quita el parche o si este se despegaba antes de tiempo.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al aplicar un parche medicado:

- Antes de colocarle el parche al niño, escríbale la fecha y la hora con un marcador indeleble.
- Colóquese los guantes. Debe usar los guantes si:
 - ◇ tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel;
 - ◇ el niño tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel, en el lugar donde se debe aplicar el medicamento;
 - ◇ el medicamento que se debe aplicar no debe entrar en contacto con *su* piel; o
 - ◇ siente más comodidad utilizando guantes al aplicar el medicamento.
- Elija el lugar donde colocará el parche nuevo. El lugar de la piel que elija no debe tener cortes ni lastimaduras. Vaya cambiando de lugar, a menos que se indique lo contrario.
- Limpie con agua y jabón el área donde vaya a colocar el parche.
- Asegúrese de que el área esté seca antes de colocar el parche.

Al aplicar un parche medicado, siga estos principios:

- Colóquese los guantes y quite el parche.
- Limpie cualquier rastro de medicación que haya quedado sobre la piel del niño con agua y jabón, a menos que se indique lo contrario.
- Deseche el parche usado, enrollado adentro de los guantes usados.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.3: Administración de un medicamento por vía oral

Los medicamentos orales vienen en diferentes presentaciones, como ser en forma de comprimidos, líquidos y tiras solubles, o también pueden frotarse en las encías.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios para administrar un medicamento por vía oral:

- Al retirar el medicamento del envase, evite tocarlo con las manos si no tiene guantes. Coloque la cantidad de comprimidos o cápsulas que necesite en la tapa del contenedor y luego en un vaso pequeño. Si extrajo demasiadas, vuelva a colocar las que sobren en el envase sin tocarlas.
- Si va a tener contacto directo con el medicamento (por ejemplo, porque tiene que abrir una cápsula), debe usar guantes. La obligatoriedad en el uso de guantes depende de cómo se debe preparar el medicamento y si existe la posibilidad de exposición a fluidos corporales durante la administración.
- No muele ni divida nunca el medicamento ni abra las cápsulas a menos que el farmacéuta o el proveedor de atención médica del niño se lo indiquen.
- Si necesita mezclar el medicamento con alimentos, utilice solo una pequeña cantidad de alimento para asegurarse de que el niño pueda consumirlo todo.
- Si el niño debe tragar el medicamento, obsérvelo mientras lo hace y revísele la boca y debajo de la lengua para asegurarse de que lo haya tragado por completo.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.4: Cómo medir un medicamento líquido

El nombre completo del niño debe estar escrito en el instrumento de medición. Este también debe tener la medida exacta requerida para administrar el medicamento, según se indique en las instrucciones. No convierta las unidades de medida de las dosis.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al medir un medicamento líquido:

- Si desea marcar la dosis correcta en el instrumento, asegúrese de marcarla junto a la línea de medición, no sobre esta.
- Para evitar que el medicamento se derrame sobre la etiqueta, viértalo del lado opuesto a esta.
- Utilice el punto más bajo de la curvatura, no los bordes, para asegurarse de tener la cantidad correcta de medicación.
- Si vierte demasiada cantidad en el instrumento de medición, vierta el excedente en un vaso descartable limpio.
- Si necesita más cantidad de medicamento, en lugar de utilizar la botella, utilice el excedente que vertió en el vaso descartable hasta llegar a la dosis correcta.
- A menos que se indique lo contrario, puede volver a verter el excedente en el envase original.

Si utiliza un VASO DOSIFICADOR:



- Coloque el vaso sobre una superficie plana una vez que haya vertido el medicamento y controle la medida a nivel de la vista.
- Vierta una pequeña cantidad de agua en el vaso una vez que haya administrado la medicación y muévelo lateralmente para que el agua se mezcle con la medicación que pueda haber quedado en los bordes, y luego pídale al niño que beba el agua.

Si utiliza una CUCHARA DOSIFICADORA:

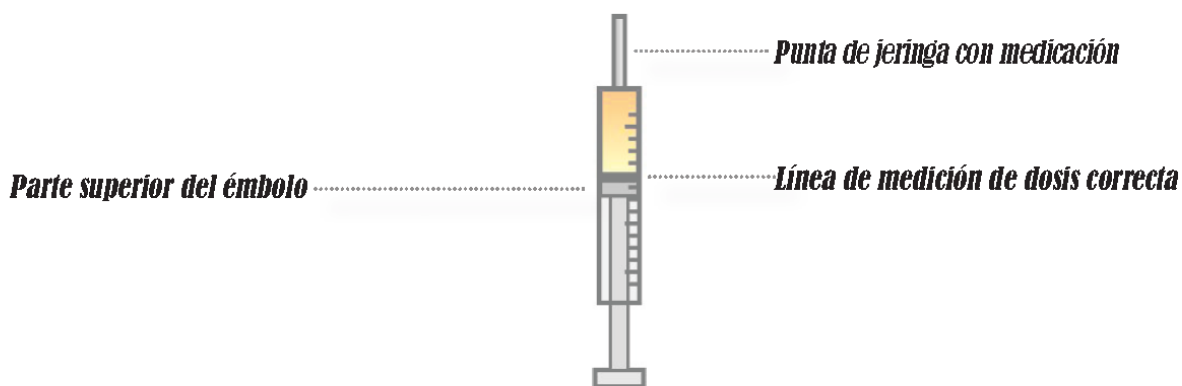


- Lleve la cuchara a nivel de la vista para verificar la dosis.
- Limpie el exceso de medicamento que pueda haber quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara dosificadora para asegurarse de estar administrando la dosis correcta.
- Vierta una pequeña cantidad de agua en la cuchara una vez que haya administrado la medicación y muévela lateralmente para que el agua se mezcle con la medicación que pueda haber quedado en los bordes, y luego pídale al niño que beba el agua.

Si utiliza una JERINGA PARA ADMINISTRACION POR VIA ORAL:



- Si la jeringa tiene una tapa, quítela y deséchela, ya que puede suponer un riesgo de atragantamiento.
- Asegúrese de empujar el émbolo de la jeringa completamente hasta abajo y luego succione la medicación.
 - o Si el envase tiene un adaptador, coloque la jeringa en el adaptador y tire del émbolo hasta obtener la dosis correcta.
 - o Siga cualquier otra indicación proporcionada.
- O—
- o Si el envase **no** tiene un adaptador, vierta una *pequeña* cantidad de medicamento en un vaso descartable.
- o Coloque la punta de la jeringa en el líquido dentro del vaso descartable.
- o Tire del émbolo para succionar la dosis correcta de medicamento.
- Lleve la parte superior del émbolo hasta la línea de la jeringa que indique la dosis correcta.
- La punta de la jeringa debe estar llena de medicamento para que la dosis sea la correcta.



- Quítele todas las burbujas de aire. Para ello:
 - o Gire la jeringa de modo que el extremo apunte hacia el techo.
 - o Golpee la jeringa para que las burbujas de aire suban.
 - o Presione el émbolo suavemente hasta expulsar las burbujas de aire de la jeringa.
 - o Si la punta de la jeringa está descentrada, tal vez deba inclinar la jeringa para que salgan todas las burbujas.
- Vuelva a revisar la jeringa a nivel de la vista para asegurarse de que la dosis sea la correcta.
- Limpie cualquier resto de medicamento que haya quedado fuera de la jeringa para asegurarse de estar administrando la dosis correcta.
- Coloque la jeringa dentro de la boca del niño con cuidado, entre la parte posterior de la encía y la mejilla. No inserte más cantidad de medicamento de la que el niño pueda tragar por vez.

Cómo limpiar los instrumentos de administración de medicamentos

Mantenga siempre los instrumentos de administración de medicamentos limpios. Esto ayudará a evitar que administre una dosis incorrecta y a prevenir posibles infecciones. Puede lavar los vasos y las cucharas dosificadoras, las jeringas de administración oral y los utensilios que utilice para moler las píldoras con agua y detergente. No coloque nunca una jeringa para administración por vía oral en el lavavajillas.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.5: Administración de un medicamento inhalado por vía oral

Los medicamentos pueden inhalarse por boca utilizando un inhalador, un inhalador con un espaciador, un nebulizador u otro dispositivo.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios para administrar un medicamento por inhalación oral:

Inhaladores de dosis medidas (MDI)

Un inhalador de dosis medida es un dispositivo que se utiliza para suministrar una dosis precisa de medicación a los pulmones desde un envase de múltiples dosis.

Cuando utilice un inhalador de dosis medida (MDI)

- Colóquese los guantes. Debe usar los guantes si:
 - ◇ tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel;
 - ◇ es posible que sus manos entren en contacto con la mucosa del niño;
 - ◇ el medicamento que se debe administrar no debe entrar en contacto con *su* piel; o
 - ◇ siente más comodidad utilizando guantes al aplicar el medicamento.
- Quite la tapa y revise la boquilla para asegurarse de que no haya nada extraño.
- Lea las instrucciones del envase. La mayoría de los inhaladores deben agitarse antes de administrarse.
- Pídale al niño que respire según las instrucciones del envase.
- Si el niño necesita dos o más aplicaciones, siga las instrucciones respecto de cuánto tiempo esperar entre aplicaciones.
- Observe siempre al niño mientras usa el inhalador.
- Controle el medidor del dispositivo para saber cuántas dosis quedan. Dado que algunos inhaladores siguen rociando una vez acabado el medicamento, determine con los padres si es necesario contar la cantidad de aplicaciones.

Se puede utilizar un espaciador para ayudar al niño a obtener la dosis completa de medicamento, manteniendo el medicamento en la cámara el tiempo suficiente para que el niño pueda aspirarlo en varias respiraciones.

Para prevenir la propagación de gérmenes o dar una dosis incorrecta como consecuencia de la acumulación de medicamento, mantenga tanto el inhalador como el espaciador limpios. Para ello, siga las instrucciones. No coloque nunca el envase de la medicación en agua.

Nebulizadores

Un nebulizador es un dispositivo compresor de aire que dispersa con precisión un medicamento líquido en forma de vapor para que sea inhalado por la nariz o por la boca.

Cuando utilice un nebulizador

- Asegúrese de saber cómo ensamblar las partes del nebulizador y cómo usarlo.
- Asegúrese de tener todas las partes necesarias para ensamblarlo.
- Encienda el dispositivo para asegurarse de que funcione.
- Una los tubos y las piezas del nebulizador con el compresor según las instrucciones del fabricante.
- La medicación que se administra con nebulizador viene en una ampolla de una sola dosis. Asegúrese de leer las instrucciones del proveedor de atención médica. Lea y siga las instrucciones de almacenamiento, ya que la mayoría de los medicamentos que se administran con nebulizador deben guardarse en un lugar oscuro.
- Colóquese los guantes.
- Observe al niño durante todo el tratamiento para asegurarse de que inhale todo el medicamento.

Para prevenir la propagación de gérmenes o dar una dosis incorrecta como consecuencia de la acumulación de medicamento, mantenga tanto el nebulizador como las piezas limpias. Para ello, siga las instrucciones del fabricante.

Nebulizadores compartidos

A menos que se indique que un nebulizador es para el uso de “un solo paciente”, en su programa puede tener un nebulizador para dos o más niños. Si va a compartir un nebulizador, asegúrese de que los padres estén de acuerdo.

Cada niño debe tener su propio tubo, vaso de medicación y boquilla o máscara. Estos deben guardarse por separado en una bolsa etiquetada. Además, deben seguirse las instrucciones del fabricante respecto del uso y el cuidado del aparato.

Folleto 7.6: Administración de un medicamento inhalado por vía nasal

Algunos medicamentos vienen presentados en forma de atomizador o gotas para inhalarse por la nariz.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios para administrar un medicamento por inhalación nasal:

- Colóquese los guantes. Debe usar los guantes si:
 - ◇ tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel;
 - ◇ es posible que sus manos entren en contacto con la mucosa del niño;
 - ◇ el medicamento que se debe administrar no debe entrar en contacto con *su* piel; o
 - ◇ siente más comodidad utilizando guantes al aplicar el medicamento.
- Se aconseja pedirle al niño que se sople la nariz o que se limpie cualquier mucosidad visible.
- Dígale al niño que puede probar las gotas o el contenido del atomizador.
- Posicione la cabeza del niño levemente inclinada hacia atrás.
- Cuando utilice un gotero, empuje suavemente la punta de la nariz del niño para poder ver las fosas nasales, e introduzca la punta del gotero apenas dentro de la nariz.
- Cuando utilice un atomizador nasal, tape una de las fosas nasales mientras administra la dosis en la otra para que el niño pueda inhalar el medicamento correctamente.
- Limpie la punta del gotero o del atomizador una vez aplicada la dosis.

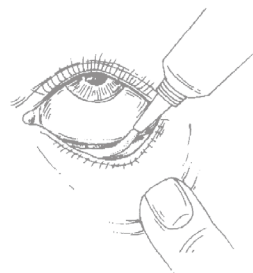
Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.7: Administración de un medicamento por vía oftálmica

Un medicamento se puede aplicar en los ojos mediante gotas o ungüentos.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al aplicar un medicamento por vía oftálmica:

- Cuando administre el medicamento en un solo ojo, procure hacerlo en el ojo correcto. Recuerde que si el niño está frente a usted, el ojo que está a su izquierda es en realidad el ojo derecho, por lo que debe asegurarse de saber cuál es el ojo correcto.
- Colóquese los guantes. Debe usar los guantes si:
 - ◇ tiene cortes, lastimaduras o costras en la piel;
 - ◇ es posible que sus manos entren en contacto con la mucosa del niño;
 - ◇ el medicamento que se debe administrar no debe entrar en contacto con *su* piel; o
 - ◇ siente más comodidad utilizando guantes al aplicar el medicamento.
- Límpiele el ojo al niño con un pañuelo limpio, desde el borde interno hasta el borde externo.
- Pídale que se siente o se recueste. Los niños más grandes pueden recibir una medicación en el ojo estando sentados. Con los niños más pequeños, puede que le resulte más fácil si están recostados.
- Con la ayuda de un dedo, haga descender el párpado inferior para que se forme un cuenco.
- Con la otra mano, coloque el medicamento en ese espacio. **No lo coloque directamente en el ojo.**
- Con frecuencia, cuando se les colocan gotas en los ojos, los niños parpadean. Si la gota queda completamente fuera del ojo del niño, puede volver a aplicar la dosis. Si parte del medicamento entra en el ojo, no vuelva a aplicar la dosis.
- Si está aplicando un ungüento, comience desde la parte interna del ojo que está más cerca de la nariz del niño y continúe en dirección de la oreja.



Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 7.8: Administración de un medicamento inhalado por vía ótica

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al aplicar un medicamento por vía ótica:

- Si la parte exterior del oído del niño tiene costras o cera, debe colocarse guantes y quitarlas suavemente con un paño descartable. No coloque nada dentro del canal del oído del niño.
- Muchas gotas para los oídos deben guardarse en el refrigerador, así que asegúrese de entibiar el medicamento haciéndolo rodar entre las palmas de las manos.
- Cuando esté listo para aplicar la gota, enderece el canal del oído del niño.

- *En niños menores de 3 años:*
sostenga el lóbulo de la oreja y tire suavemente hacia abajo y hacia atrás.



- *En niños mayores de 3 años:*
sostenga la parte superior de la oreja y tire suavemente hacia arriba y hacia atrás.



- Coloque las gotas de modo que se deslicen por el lateral del canal del oído. Procure no colocarlas directamente en el oído. Esto puede ser doloroso y ocasionar náuseas o mareos.

Página dejada intencionalmente en blanco

Práctica de habilidades 7.1: Administración de un líquido por vía oral

Situación

Michelle Lewis es una niña de tres años que asiste a su programa. La niña tiene una infección en el oído y debe aplicarse un antibiótico llamado amoxicilina todos los días a las 2:00 p. m. durante dos semanas. Los padres le dieron un vaso dosificador para que le administre el medicamento.

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

Valiéndose de la documentación adjunta, aplíquele el medicamento a Michelle.

Página dejada intencionalmente en blanco

Práctica de habilidades 7.2: 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 medicamentos 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)

1. Nombre y apellido del niño(a): <i>Michelle Lewis</i>	2. Fecha de nacimiento: <i>9 / 19 / XX (3 años de edad)</i>	3. Alergias conocidas del niño(a): <i>No se conoce ninguna</i>
4. Nombre del medicamento (incluso la dosis): <i>Amoxicilina en suspensión 250mg/5ml</i>	5. Cantidad/dosis a darse: <i>1 cucharadita</i>	6. Vía de administración: <i>Oral</i>
7A. Frecuencia de administración: <i>2 p.m.</i>		
7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles):		
8A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo. <input type="checkbox"/> Otra (describa):		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> 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): <i>Infección del oído</i>		
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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: <i>10 / 1 / XXXX</i>	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: <i>/ /</i>	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir (letra de imprenta): <i>Nancy Wallace, MD</i>	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: <i>(914) 564-9832</i>	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nancy Wallace, MD</i>		

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
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 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 especifica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]): *Michelle Lewis*

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):
Anne Lewis

22. Fecha de la autorización:
10/1/XXXX

23. Firma del padre/madre:

X *Anne Lewis*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #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 #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):
Anne Barber

29. Fecha recibida del padre/madre:
10/2/XXXX

30. Firma del personal:

X *Anne Barber*

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:

X

Práctica de habilidades 7.3: Registro De Administración De Medicamentos

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 secundarios?	Para medicamentos dados "según la necesidad", escriba los síntomas que exhibió el niño que requirió el medicamento	¿Se notificó a los padres sobre los medicamentos dados "según la necesidad"?
10/2/XX	1 cda	2:00 <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	<i>Anne Barber</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10/3/XX	1 cda	2:05 <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	<i>Anne Barber</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Práctica de habilidades 7.4: Copia impresa de la farmacia: Amoxicilina

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: AMOXICILINA SUSP. 250/5 ML

NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

CÓMO USAR ESTE MEDICAMENTO: Siga las instrucciones de uso de este medicamento proporcionadas por su médico. AGITE BIEN antes de tomar una dosis. Utilice un instrumento de medición con marcas de la dosis. Pídale ayuda al farmacéuta si no sabe cómo medir esta dosis. Este medicamento puede mezclarse con leche o fórmula antes de tomarse. En caso de hacerlo, úselo de inmediato una vez mezclado. ESTE MEDICAMENTO PUEDE TOMARSE con el estómago vacío o lleno. No es necesario refrigerarlo, pero hacerlo puede mejorar su sabor. Según la marca, cuando se almacena a temperatura ambiente, puede vencer antes. Revise el envase o pregúntele al farmacéuta si (o por cuánto tiempo) puede almacenarlo a temperatura ambiente. PARA ELIMINAR LA INFECCIÓN POR COMPLETO, continúe la toma del medicamento sin interrumpir el tratamiento, aun si se siente mejor en unos días. No omita ninguna dosis. SI OMITIÉ ALGUNA DOSIS DE ESTE MEDICAMENTO, tómela lo antes posible. Si ya casi es la hora de la próxima dosis, saltee la dosis omitida y continúe con el cronograma habitual. No tome 2 dosis a la vez.

PRECAUCIONES: NO TOMIÉ ESTE MEDICAMENTO SI TUVO UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE a un antibiótico con penicilina (como la amoxicilina o la ampicilina) o con cefalosporina (como el Cedor, Keflex, Cefitin, Duricef). Por reacción adversa se entiende un sarpullido o urticaria grave, dificultad para respirar o mareos. Si tiene alguna duda respecto a tener o no alergia a este medicamento, comuníquese con su médico o farmacéuta. SI EXPERIMENTA DIARREA DE MODERADA A GRAVE durante o después del tratamiento con este medicamento, consulte al médico o farmacéuta. No la trate con medicamentos de venta libre (sin receta). SI EXPERIMENTA dificultad para respirar u opresión en el pecho; inflamación de los párpados, el rostro o los labios; o si le sale una erupción o tiene urticaria, comuníquese con su médico de inmediato. No siga tomando el medicamento a menos que el médico se lo indique. Este medicamento puede manchar temporalmente los dientes. Estas manchas generalmente pueden quitarse o evitarse con un cepillado correcto. SI TIENE DIABETES, este medicamento puede hacer que las pruebas de glucosa en la orina arrojen resultados incorrectos. Consulte con el médico antes de modificar la dosis de su medicación para la diabetes o de cambiar la alimentación.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: LOS EFECTOS ADVERSOS, que pueden desaparecer durante el tratamiento, son: náuseas, vómitos, diarrea leve o irritación en la boca o la garganta. Si estos síntomas continúan o generan molestias, consulte a su médico. CONSULTE CON EL MÉDICO LO ANTES POSIBLE si experimenta irritación o secreción vaginal. Es poco probable que se produzca UNA REACCIÓN ALÉRGICA a este medicamento, pero si sucede, busque atención médica de inmediato. Los síntomas de una reacción alérgica son las erupciones, la picazón, la inflamación, el mareo o la dificultad para respirar. Si advierte otros efectos diferentes a los mencionados, comuníquese con su médico, con un personal de enfermería o farmacéuta.

ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO: Este medicamento puede interactuar con otros medicamentos o con algunas afecciones médicas. INFÓRMELE AL MÉDICO O FARMACEUTA sobre todos los medicamentos de venta libre y con receta que esté tomando. NO TOMIÉ ESTE MEDICAMENTO si además está tomando antibióticos pertenecientes a las tetraciclinas. Si está tomando anticoagulantes o metotrexato puede que sea necesario un CONTROL ADICIONAL DE LA DOSIS O DE LA AFECCIÓN. Infórmele al médico sobre cualquier otra afección médica o alergia que tenga. Si tiene alguna duda respecto de la administración de este medicamento, comuníquese con su médico o farmacéuta.

SOBREDOSIS: En caso de sospecha de sobredosis, comuníquese con el centro de toxicología local o con una sala de emergencias de inmediato. Los síntomas de sobredosis pueden incluir náuseas, vómitos y diarrea.

INFORMACIÓN ADICIONAL: Si los síntomas no mejoran en unos días o si empeoran, consulte al médico. NO COMPARTA ESTE MEDICAMENTO con otras personas a quienes no se les haya recetado. NO UTILICE ESTE MEDICAMENTO para otras afecciones médicas. MANTENGA ESTE MEDICAMENTO fuera del alcance de los niños.

La información de este prospecto no pretende abarcar todos los usos, las indicaciones, las precauciones, las interacciones medicamentosas o los efectos adversos posibles. Esta información es general y no pretende ser específica. Consulte a un médico, farmacéuta o personal de enfermería.

Página dejada intencionalmente en blanco

Práctica de habilidades 7.5: Tabla de evaluación para la demostración de habilidades

Recuerde que no puede proporcionarle pistas verbales o no verbales al participante mientras esté realizando la demostración de habilidades. Conforme el participante completa cada paso correctamente, coloque una marca de verificación (✓) en cada casilla. Si el participante no completa el paso, deje la casilla en blanco. Si el participante comete un error mientras realiza el paso, anote sus observaciones.

Nombre de la persona que realiza la demostración: _____

Intento: 1.º 2.º

Nombre de la persona que evalúa: _____

Preparación para administrar el medicamento	
<p><i>Antes</i> de que el participante le dé el medicamento al niño, debe completar los pasos siguientes. No importa en qué orden se realice cada paso siempre y cuando el participante los complete antes de administrar el medicamento.</p>	
Tarea	¿Habilidad demostrada?
Revisa el <i>Registro de administración de medicamentos</i> de Michelle para asegurarse de que el medicamento no se haya ya administrado.	
Busca a Michelle y se asegura de que esté lista para tomar el medicamento.	
Indica que se lavó las manos y que lavó las manos de la niña.	
<p>Lleva el formulario de consentimiento al área de almacenamiento y obtiene el medicamento correcto cotejando los Cinco pasos correctos. Al cotejar los Cinco pasos correctos, el participante revisa tanto el formulario de consentimiento como el envase o la etiqueta del medicamento y confirma en voz alta que cada uno de ellos coincide (es decir, el medicamento correcto es amoxicilina, y le muestra dónde está escrito en el formulario de consentimiento y en la etiqueta).</p> <p>Coloque una marca de verificación en cada una de las casillas siguientes a medida que el participante confirma que cada uno de los Cinco pasos correctos coincide:</p> <p><input type="checkbox"/> Michelle Lewis <input type="checkbox"/> Amoxicilina suspensión 250 mg/5 ml <input type="checkbox"/> 1 cda./5 ml <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> 2 p. m.</p>	
Revisa el medicamento o la etiqueta de la farmacia para controlar la fecha de vencimiento.	
<input checked="" type="checkbox"/> Coloque una marca de verificación en esta casilla si el participante preparó el medicamento correctamente antes de administrárselo a la niña.	

Administración del medicamento	
Tarea	¿Habilidad demostrada?
Agita bien el medicamento.	
Vierte una pequeña cantidad de medicamento en un vaso limpio, del lado opuesto a la etiqueta del envase.	
Vierte el medicamento en el vaso dosificador, coloca el vaso sobre una superficie plana y controla que la dosis sea correcta a nivel de la vista.	
<p>Antes de administrarle la medicación a Michelle, revisa el formulario de consentimiento y el envase o la etiqueta del medicamento para cotejar los Cinco pasos correctos. El participante confirma la coincidencia de cada paso en voz alta.</p> <p>Coloque una marca de verificación en cada una de las casillas siguientes a medida que el participante confirma que cada uno de los Cinco pasos correctos coincide:</p> <p><input type="checkbox"/> Michelle Lewis <input type="checkbox"/> Amoxicilina suspensión 250 mg/5 ml <input type="checkbox"/> 1 cda./5 ml <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> 2:00 p. m.</p>	
Le administra el medicamento a Michelle.	
Vierte una pequeña cantidad de agua en el vaso para que se mezcle con la medicación que pueda haber quedado en los bordes, y luego se la da de beber a Michelle.	
<input checked="" type="checkbox"/> Coloque una marca de verificación en esta casilla si el participante le administró el medicamento correctamente a la niña.	

Anotación de la administración del medicamento	
Tarea	¿Habilidad demostrada?
<p>Inmediatamente después de administrar el medicamento, el participante lo deja correctamente asentado en el <i>Registro de administración de medicamentos</i> de Michelle.</p> <p>Fecha: 10/04/XXXX Dosis: 1 cucharadita o 5 ml Hora: 1:50 p. m. o puede ajustarse al tiempo que lleva administrarlo <i>(debe incluir a. m./p. m.)</i> Firma: Debe firmar donde se indica</p>	
<p>Revisa el formulario de consentimiento y el envase o la etiqueta del medicamento para cotejar los Cinco pasos correctos. El participante confirma la coincidencia de cada paso en voz alta.</p> <p>Coloque una marca de verificación en cada una de las casillas siguientes a medida que el participante confirma que cada uno de los Cinco pasos correctos coincide:</p> <p><input type="checkbox"/> Michelle Lewis <input type="checkbox"/> Amoxicilina suspensión 250 mg/5 ml <input type="checkbox"/> 1 cda./5 ml <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> 2:00 p. m.</p>	
<p>El participante no deja el medicamento sin atención una vez que lo saca del área de almacenamiento segura. Luego, inmediatamente después de anotar que administró el medicamento, lo vuelve a guardar.</p>	
<p>Vuelve a colocar en el envase la medicación que haya quedado en el vaso, o la desecha empleando la técnica adecuada.</p>	
<p>Indica que se lavó las manos y que lavó las manos de Michelle.</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Coloque una marca de verificación en esta casilla si el participante documentó correctamente la administración y volvió a guardar el medicamento en el área de almacenamiento de forma segura.</p>	

PUNTUACIÓN DEL PARTICIPANTE:

- Aprobado
- Reprobado (*Explicar:* _____)
- Incompleto (*Explicar:* _____)

Firma de la persona que califica: _____

Página dejada intencionalmente en blanco

Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo cotejar los Cinco pasos correctos

La administración de un medicamento es una parte muy importante de su trabajo. Conocer los **Cinco pasos correctos** no es suficiente. Para administrar un medicamento, debe cotejar el nombre y apellido del niño, el medicamento, la vía, la hora y la dosis que se indican en el medicamento con el nombre y apellido del niño, el medicamento, la vía, la hora y la dosis que se indican en el formulario de consentimiento para asegurarse de estar administrando el medicamento correctamente. Esto se denomina cotejar los **Cinco pasos correctos**.

Al cotejar los **Cinco pasos correctos** para administrar un medicamento, recuerde lo siguiente:

Al niño correcto

- Controle que el nombre y apellido del niño indicados en el formulario de consentimiento coincidan con el nombre y apellido escritos en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con el niño al que va a administrarle el medicamento.

La medicación correcta

- Asegúrese de que el medicamento indicado en la etiqueta del envase coincida exactamente con el indicado en el *Formulario de consentimiento para medicamentos*. Tenga cuidado, ya que los nombres de los medicamentos pueden ser similares y escribirse de forma similar, aunque se trate de medicamentos muy diferentes.
- Algunos medicamentos, como los inhaladores, los EpiPen® y las cremas, vienen dentro de una caja que contiene una etiqueta de la farmacia. Saque siempre el envase del medicamento de la caja con la etiqueta y controle que el nombre del medicamento del envase coincida con el de la etiqueta, incluida la concentración.



En la dosis correcta

- Controle que la dosis indicada en el formulario de consentimiento coincida con la dosis escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con la dosis que preparó para administrar.

Por la vía correcta

- Controle que la vía indicada en el formulario de consentimiento coincida con la vía escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con el modo en que está por administrarle el medicamento al niño.

En el momento correcto

- Controle que la hora indicada en el *Formulario de consentimiento para medicamentos* coincida con la hora escrita en la etiqueta de la farmacia o en el envase y con la hora actual. Recuerde que si el proveedor de atención médica no escribió la hora en que se debe administrar el medicamento (p. ej., 12:00 p. m.), debe revisar el reverso del formulario de consentimiento para ver la hora que haya indicado el padre o la madre por escrito.
- Si el medicamento se administra cuando el niño lo necesita en lugar de en un horario específico, controle que la información escrita en el formulario de consentimiento coincida con los síntomas que manifiesta el niño. Por ejemplo, si las instrucciones dicen que hay que administrar Tylenol® cuando el niño tiene 101 °F de fiebre o más, sabrá que es el momento adecuado para administrarlo si el niño tiene 102 °F de fiebre.

Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo administrar un medicamento de forma segura

Usted ya conoce la importancia de cotejar los *Cinco pasos correctos* escritos en el formulario de consentimiento con la información escrita en la etiqueta o el envase del medicamento. Cotejará esta información tres veces cuando:

1. Se esté preparando para administrar el medicamento:

- Mire el registro para asegurarse de que el niño no haya tomado ya el medicamento.
- Compruebe que el niño sea el correcto y que esté preparado para tomar el medicamento.
- Lávese las manos y lave las manos del niño.
- Una vez que el niño esté listo, lleve el formulario de consentimiento al lugar donde están almacenados los medicamento y coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño
 - medicamento
 - dosis
 - vía
 - hora
- Una vez que haya sacado el medicamento del área de almacenamiento, no debe dejarlo nunca al alcance de los niños.
- Revise las instrucciones y la información del envase para comprobar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento, como ser con el estómago vacío o lleno.
- Si no revisó la fecha de vencimiento en el formulario de consentimiento y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
- Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Estas serán diferentes según la vía de administración y el medicamento. Si fuera necesario, consulte el envase o el prospecto.

2. Administre un medicamento:

- Coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño
 - medicamento
 - dosis
 - vía
 - hora
- Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y en el formulario de consentimiento, y cualquier otra instrucción respecto de cómo administrar el medicamento. (Consulte los Folletos 7.1 a 7.8)

3. Deje asentado por escrito que administró el medicamento:

- Inmediatamente, deje asentado por escrito en el registro del niño que administró el medicamento.
- Coteje los *Cinco pasos correctos*.
 - nombre completo del niño
 - medicamento
 - dosis
 - vía
 - hora
- Vuelva a guardar el medicamento en el área de almacenamiento.
- Vuelva a lavarse las manos y lave las manos del niño.
- Acompañe al niño de regreso con el grupo.

Práctica de habilidades 7.6: Recursos: Cómo medir un medicamento líquido

El nombre completo del niño debe estar escrito en el instrumento de medición. Este también debe tener la medida exacta requerida para administrar el medicamento, según se indique en las instrucciones. No convierta las unidades de medida de las dosis.

Además de cualquier instrucción específica de un medicamento, siga estos principios al medir un medicamento líquido:

- Si desea marcar la dosis correcta en el instrumento, asegúrese de marcarla junto a la línea de medición, no sobre esta.
- Para evitar que el medicamento se derrame sobre la etiqueta, viértalo del lado opuesto a esta.
- Utilice el punto más bajo de la curvatura, no los bordes, para asegurarse de tener la cantidad correcta de medicación.
- Si vierte demasiada cantidad en el instrumento de medición, vierta el excedente en un vaso descartable limpio.
- Si necesita más cantidad de medicamento, en lugar de utilizar la botella, utilice el excedente que vertió en el vaso descartable hasta llegar a la dosis correcta.
- A menos que se indique lo contrario, puede volver a verter el excedente en el envase original.

Si utiliza un VASO DOSIFICADOR:



- Coloque el vaso sobre una superficie plana una vez que haya vertido el medicamento y controle la medida a nivel de la vista.
- Vierta una pequeña cantidad de agua en el vaso una vez que haya administrado la medicación y muévelo lateralmente para que el agua se mezcle con la medicación que pueda haber quedado en los bordes, y luego pídale al niño que beba el agua.

Si utiliza una CUCHARA DOSIFICADORA:

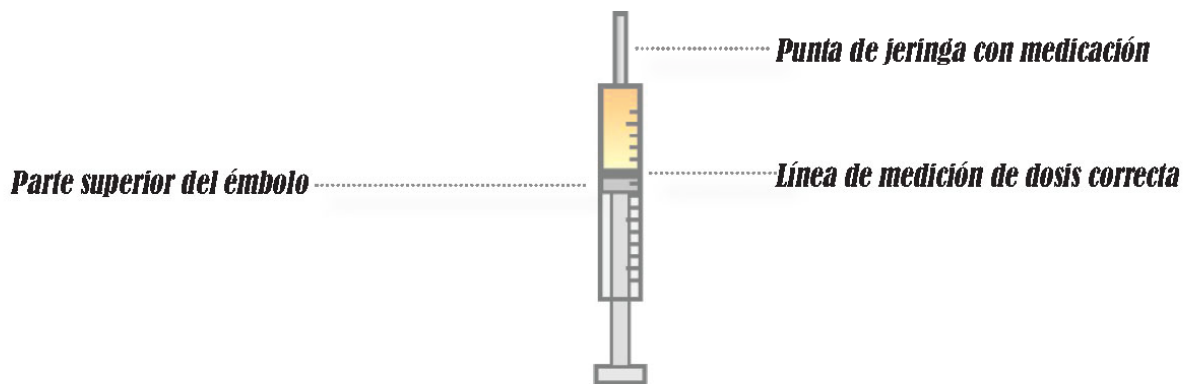


- Lleve la cuchara a nivel de la vista para verificar la dosis.
- Limpie el exceso de medicamento que pueda haber quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara dosificadora para asegurarse de estar administrando la dosis correcta.
- Vierta una pequeña cantidad de agua en la cuchara una vez que haya administrado la medicación y muévela lateralmente para que el agua se mezcle con la medicación que pueda haber quedado en los bordes, y luego pídale al niño que beba el agua.

Si utiliza una JERINGA PARA ADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL:



- Si la jeringa tiene una tapa, quítela y deséchela, ya que puede suponer un riesgo de atragantamiento.
- Asegúrese de empujar el émbolo de la jeringa completamente hasta abajo y luego succione la medicación.
 - o Si el envase tiene un adaptador, coloque la jeringa en el adaptador y tire del émbolo hasta obtener la dosis correcta.
 - o Siga cualquier otra indicación proporcionada.
- O—
- o Si el envase **no** tiene un adaptador, vierta una *pequeña* cantidad de medicamento en un vaso descartable.
- o Coloque la punta de la jeringa en el líquido dentro del vaso descartable.
- o Tire del émbolo para succionar la dosis correcta de medicamento.
- Lleve la parte superior del émbolo hasta la línea de la jeringa que indique la dosis correcta.
- La punta de la jeringa debe estar llena de medicamento para que la dosis sea la correcta.



- Quítele todas las burbujas de aire. Para ello:
 - o Gire la jeringa de modo que el extremo apunte hacia el techo.
 - o Golpee la jeringa para que las burbujas de aire suban.
 - o Presione el émbolo suavemente hasta expulsar las burbujas de aire de la jeringa.
 - o Si la punta de la jeringa está descentrada, tal vez deba inclinar la jeringa para que salgan todas las burbujas.
- Vuelva a revisar la jeringa a nivel de la vista para asegurarse de que la dosis sea la correcta.
- Limpie cualquier resto de medicamento que haya quedado fuera de la jeringa para asegurarse de estar administrando la dosis correcta.
- Coloque la jeringa dentro de la boca del niño con cuidado, entre la parte posterior de la encía y la mejilla. No inserte más cantidad de medicamento de la que el niño pueda tragar por vez.

Cómo limpiar los instrumentos de administración de medicamentos

Mantenga siempre los instrumentos de administración de medicamentos limpios. Esto ayudará a evitar que administre una dosis incorrecta y a prevenir posibles infecciones. Puede lavar los vasos y las cucharas dosificadoras, las jeringas de administración oral y los utensilios que utilice para moler las píldoras con agua y detergente. No coloque nunca una jeringa para administración por vía oral en el lavavajillas.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 8.1: Datos sobre el asma

- El asma es una enfermedad crónica de los pulmones.
- Todos los niños se sienten diferentes cuando tienen síntomas de asma, pero generalmente tienen tos persistente, hacen un silbido al respirar y sienten falta de aliento y opresión en el pecho. Estos síntomas se deben a la inflamación de las vías respiratorias. Esto las hace muy sensibles y suelen tener reacciones fuertes ante determinados factores (denominados desencadenantes) en el ambiente.
- No existe una cura para el asma, pero puede controlarse con una atención adecuada.

Los desencadenantes son factores que inician un episodio de asma. Estos pueden ser virus u otros componentes del ambiente que estimulan el sistema inmune del niño y ocasionan una inflamación en las vías respiratorias. Excepto los resfríos, que desencadenan episodios de asma en la mayoría de los niños pequeños, los desencadenantes de los episodios de asma son diferentes en cada uno. Puede que un factor que funcione como desencadenante en un niño no afecte a otro. Además, estos también pueden ir cambiando a medida que el niño crece. Usted puede ayudar informándose sobre qué factores desencadenan el asma en el niño y tratando de evitarlos para reducir el riesgo de que se produzca un episodio. Los siguientes son algunos ejemplos de desencadenantes:

Desencadenantes	Prevención
Enfermedad respiratoria, como un resfrío o gripe <i>Un resfrío es el desencadenante más común del asma en los niños pequeños.</i>	Seguir los procedimientos adecuados de lavado de manos; limpiar y desinfectar los juguetes y las superficies; vacuna contra la gripe
Humo de tabaco	Prohibir fumar en las áreas de cuidado infantil; no utilizar prendas que tengan olor a humo de cigarrillo
Heces de cucarachas y roedores	Mantener limpia el área de la cocina; sellar las grietas en las cañerías y en torno a ellas; sellar los orificios por donde puedan ingresar roedores
Moho	Evitar las pérdidas de agua; inspeccionar los baños con frecuencia en busca de moho
Polvo, ácaros	Controlar el polvo; aspirar una vez que se vayan los niños; lavar el piso con trapos húmedos o mojados
Caspa de animal doméstico	Mantener a los animales domésticos fuera del área de cuidado infantil en todo momento
Perfume	No utilizar perfume ni otros productos con aromas fuertes
Emociones, como la excitación o la ansiedad	Evitar emociones extremas
Ejercicio	Dar el medicamento antes de que el niño vaya a hacer ejercicio, si el proveedor de atención médica lo indicó de ese modo
Césped y polen de los árboles	Hablar con los padres sobre la mejor manera de limitar los desencadenantes mientras el niño se encuentre al aire libre y los niveles de polen sean altos; controlar el polen en las áreas de cuidado infantil; aspirar después de que se vayan los niños; lavar el piso con un trapo húmedo o mojado
Aire frío, humedad y cambios en el clima	Usar ropa adecuada; evitar las temperaturas extremas

Los ***signos de advertencia temprana*** son síntomas leves que se manifiestan *antes* de un episodio de asma. Ser capaz de detectar los signos de advertencia temprana es útil porque le permite actuar rápidamente. Actuar con anticipación puede disminuir la gravedad del episodio o incluso evitarlo. Estos signos son diferentes en cada niño, por lo que es importante conocer los signos de advertencia temprana de cada uno de ellos. Los siguientes son algunos signos de advertencia temprana comunes:

- cambios en el comportamiento, como nerviosismo;
- tos;
- congestión o secreción nasal;
- dolor de cabeza;
- fatiga;
- ojos llorosos, picazón en la garganta o en la barbilla.

Signos y síntomas de un episodio de asma:

- agitación o miedo
- respiración acelerada o diferente
- silbido al respirar
- tos persistente
- dificultad para respirar al estar recostado
- postura encorvada de los hombros al estar sentado
- palidez inusual

Cómo actuar frente a un episodio de asma:

- Aleje al niño del factor desencadenante.
- Tranquilícelo para reducir la ansiedad.
- Adminístrele el medicamento tal como lo indicó el proveedor de atención médica. (Consulte el *Formulario de consentimiento para medicamentos del niño*.)
- Llame a los padres o tutores legales.
- Siga el plan de atención del asma del niño.
- Según la gravedad del episodio, llame al 911.

Folleto 8.2: Tratamiento del asma

Medicación para el asma

Muchos niños que tienen asma deben tomar medicamentos en algún punto. Algunos toman una combinación de medicamentos para poder controlarla. Existen dos tipos de medicamentos para el asma.

Medicación preventiva:

Estos medicamentos *controlan* el asma y pueden prevenir los ataques. Algunos niños pueden necesitar tomar medicamentos regularmente para prevenir un episodio de asma. Estos medicamentos suelen tomarse a diario. En el caso de los niños que tienen asma persistente, el tratamiento más eficaz es el uso diario de un inhalador con corticosteroides.

Medicación de rescate/alivio rápido:

Algunos niños pueden necesitar la medicación solo cuando están teniendo un episodio de asma o para prevenir los ataques relacionados con el ejercicio. Estos medicamentos tienen un efecto rápido para aliviar los síntomas del asma, pero no controlan la inflamación o la sensibilidad de las vías respiratorias.

Formas de administración de un medicamento para el asma

Los medicamentos para el asma suelen administrarse por inhalación. El modo en que el niño toma el medicamento depende de su edad y del tipo de medicación.

Nebulizador:

Un nebulizador convierte un medicamento líquido en vapor para que se inhale y llegue a los pulmones. Al utilizar un nebulizador, el niño debe respirar normalmente.

Inhalador de dosis medida:

Un inhalador de dosis medida (MDI, por sus siglas en inglés) se utiliza para hacer que la medicación llegue directamente a los pulmones del niño.

Inhalador de dosis medida con dispositivo espaciador:

Un espaciador es un dispositivo que se puede unir a un MDI. Cuando se presiona el MDI, el medicamento se dirige al tubo del espaciador. Luego, el niño puede incorporar fácilmente el medicamento alojado en el espaciador en varias inhalaciones.

Inhalador de polvo seco:

Los inhaladores de polvo seco se utilizan para suministrar medicamento en polvo directamente a los pulmones. Estos funcionan de forma diferente a los inhaladores de dosis medida, ya que se activan cuando el niño respira.

Medicamentos orales:

Los medicamentos orales pueden prescribirse a los niños, ya sea de forma independiente o combinados con inhaladores.

Espirómetro

Los niños en edad escolar que tienen asma persistente pueden hacer un seguimiento de cuán controlada está su afección con un espirómetro. Un espirómetro es un dispositivo de mano portátil utilizado para medir cuán fuerte y rápidamente el niño puede expulsar aire de los pulmones. Las mediciones que realiza este dispositivo pueden proporcionar información importante para ayudar a controlar el asma del niño.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 8.3: Ejemplo de un plan de atención médica para un niño con asma

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

El objetivo de este plan es ayudarlo a conocer los desencadenantes, los signos de advertencia temprana y los síntomas de un episodio de asma. Además, incluye información sobre lo que debe hacer si un niño tiene un episodio de asma en la instalación de cuidado.

Si el niño toma medicación, siga las instrucciones de su *Formulario de consentimiento para medicamentos*.

Desencadenantes conocidos del asma de este niño (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*):

resfríos	excitación
moho	cambios de clima
ejercicio	animales
polen de los árboles	humo
polvo	alimentos: _____
olores fuertes	_____
césped	otro: _____
flores	_____

Actividades durante las cuales este niño necesitó cuidado especial en el pasado (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*):

<i>En exteriores</i>	<i>En interiores</i>
al aire libre en días fríos o ventosos	con estufa a querosén/leña
al saltar en las hojas secas	ambientes calefaccionados
animales	pintura o renovaciones
correr mucho	proyectos de arte con tiza, pegamentos
jardinería	cuidado de animales domésticos
jugar sobre el césped recién cortado	sentarse sobre alfombras
tratamiento reciente del césped	otro: _____
otro: _____	_____

Signos de advertencia temprana del asma de este niño (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*):

cambios en el comportamiento, como nerviosismo	dolor de cabeza
respiración acelerada	fatiga
silbidos, tos	cambios en las lecturas del espirómetro
congestión o secreción nasal	ojos llorosos, picazón en la garganta
otro: _____	o en la barbilla
_____	_____

Signos y síntomas típicos de los episodios de asma de este niño (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*):

- | | |
|---------------------------------------|---|
| fatiga | agitación |
| rostro enrojecido, pálido o inflamado | fosas nasales ensanchadas |
| gemidos | boca abierta (jadeo) |
| respiración acelerada | tos persistente |
| silbidos al respirar | dolor/opresión en el pecho |
| inquietud | labios o uñas grises o azules |
| círculos oscuros debajo de los ojos | dificultad para jugar, comer, beber, hablar |
| retracción del pecho/cuello | Otro: _____ |

Espirómetro

¿Utiliza este niño un **espirómetro** para controlar la necesidad de tomar medicamentos en la instalación de cuidado? Sí No

- Mejor lectura personal..... _____
- Lectura que requiere una dosis adicional de medicamento..... _____
(Consulte las instrucciones del *Formulario de consentimiento para medicamentos del niño.*)
- Lectura que requiere atención médica..... _____

¿Con qué frecuencia ha necesitado este niño atención de urgencia de un médico por un episodio de asma?:

- ¿en los últimos 3 meses? _____
- ¿en los últimos 12 meses? _____

Personal

Identifique al personal que cuidará a este niño:

Nombre	Información sobre credenciales o licencia profesional*

Describa cualquier capacitación, procedimiento o competencia adicional que necesitará el personal identificado para cuidar a este niño. Además, describa cómo se completará la capacitación o se incorporará la competencia, incluida la información sobre quién dictará la capacitación. Esto incluye aprender a usar un espirómetro, si el niño utiliza dicho dispositivo para ayudar a controlar el asma.

Plan de acción en caso de que el niño tenga un episodio de asma:

1. Aleje al niño de cualquier desencadenante conocido.
2. Siga las instrucciones del proveedor de atención médica para administrar el medicamento para el asma.
3. Notifique a los padres de inmediato si se administró el medicamento.
4. Acuda a un servicio de emergencia médica si:
 - el niño no mejora 15 minutos después del tratamiento y no es posible comunicarse con la familia;
 - *O*
 - si, después de recibir el tratamiento, el niño:
 - ◇ gime o está teniendo dificultades para respirar;
 - ◇ no quiere jugar;
 - ◇ respira rápido estando quieto (>50/min)
 - ◇ tiene los labios o las uñas grises o azules;
 - ◇ le cuesta caminar o hablar;
 - ◇ llora más suavemente y por menos tiempo;
 - ◇ tiene las fosas nasales más abiertas que lo usual;
 - ◇ asume una postura encorvada para poder respirar;
 - ◇ presenta retracción de la piel (en el pecho o en el cuello) con la respiración;
 - ◇ está muy agitado o somnoliento;
 - ◇ se desmaya o deja de respirar.

Firma del representante autorizado del programa:

Entiendo que es mi responsabilidad seguir el plan anterior y todas las regulaciones del cuidado diurno para el control de la salud y de infecciones relacionadas con la modalidad de cuidado que proporciono. Este plan se desarrolló en colaboración estrecha con los padres y el proveedor de atención médica del niño. *Entiendo que es mi responsabilidad corroborar que el personal identificado para proporcionar todos los tratamientos y administrar la medicación al niño incluidos en este plan de atención médica tengan un certificado válido de la MAT, certificaciones de RCP y primeros auxilios, si corresponde; tengan una licencia que los exima de capacitarse; hayan recibido cualquier capacitación adicional necesaria; y hayan demostrado competencia para administrar dicho tratamiento y medicación de conformidad con el plan identificado.

Nombre del proveedor/la instalación:	Número de identificación de la instalación:	Número de teléfono de la instalación:
Nombre del proveedor de cuidado infantil autorizado (en letra de imprenta):		Fecha:
Firma del proveedor de cuidado infantil autorizado:		

Firma del padre, la madre o el tutor legal

	Fecha:
--	--------

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 8.4: Plan de acción para el asma des Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Plan de acción contra el asma

Fecha en que se realizó

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado/Maestro
Proveedor de atención médica	Teléfono del consultorio del proveedor de atención médica	Número de expediente médico
Padre/Tutor	Teléfono	Teléfono alternativo
Contacto de emergencia alternativo del padre/tutor	Teléfono	Teléfono alternativo

DIAGNÓSTICO DE GRAVEDAD DEL ASMA **FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA** (Cosas que empeoran el asma)

Intermitente Persistente [Leve Moderada Grave]
 Humo Resfrío Ejercicio Animales Polvo Alimentos
 Clima Olores Polen Otro _____

ZONA VERDE: ¡ADELANTE! Tome estos **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO (PREVENCIÓN) CADA DÍA**

Usted tiene TODO lo 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 _____ comprimidos _____ por día.
 Para el asma provocada por el ejercicio, AGREGUE: _____,
 _____ inhalaciones con espaciador _____ minutos antes del ejercicio
SIEMPRE ENJUÁGUESE LA BOCA DESPUÉS DE USAR EL MEDICAMENTO DE INHALACIÓN DIARIO.

ZONA AMARILLA: ¡PRECAUCIÓN! Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y **AGREGUE** los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO**

Usted tiene ALGUNO de los siguientes síntomas:

- Tos o sibilancia leve
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Problemas para dormir, trabajar o jugar

Tome el medicamento de control diario, si se lo indicó el médico, y añada el siguiente medicamento de alivio rápido cuando tenga problemas para respirar:
 _____ inhalador de _____ mg
 Realice _____ inhalaciones cada _____ horas, si es necesario. Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla.
 _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml
 Realice un tratamiento con nebulizador _____ de cada _____ horas, si es necesario.
 Otro _____
 Si el medicamento de alivio rápido NO DA RESULTADO en _____ minutos, tómelo nuevamente y LLAME a su proveedor de atención médica
 Si está usando un medicamento de alivio rápido más de _____ veces en _____ horas, LLAME a su proveedor de atención médica
SI ESTÁ EN LA ZONA AMARILLA DURANTE MÁS DE 24 HORAS, LLAME AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

ZONA ROJA: ¡EMERGENCIA! Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y con los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO** y **¡OBTENGA AYUDA!**

Usted tiene ALGUNO de los 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

_____ inhalador de _____ mg
 Realice _____ inhalaciones cada _____ horas, si es necesario. Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla.
 _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml
 Realice un tratamiento con nebulizador de _____ cada _____ horas, si es necesario.
 Otro _____
LLAME NUEVAMENTE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS RECIBE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO. ¡Si no puede comunicarse con el proveedor de atención médica, LLAME A UNA AMBULANCIA AL 911 O ACUDA DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS!

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA USAR LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Permiso del proveedor de atención médica: Solicito que se siga este plan tal como está escrito. Este plan es válido para el año escolar _____ - _____.

Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor: Doy mi consentimiento para que el profesional de enfermería escolar le dé a mi hijo los medicamentos indicados en este plan, o para que el personal escolar capacitado lo ayude a tomar dichos medicamentos tras la revisión del profesional de enfermería escolar. Este plan se compartirá con el personal escolar que cuida de mi hijo.

Firma _____ Fecha _____

OPCIONAL PERMISOS PARA LLEVAR Y USAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE MANERA INDEPENDIENTE

Permiso del proveedor de atención médica para llevar y usar medicamentos de manera independiente: Hago constar que el estudiante ha demostrado ante mí que puede administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que puede llevar y usar dicho medicamento en la escuela de manera independiente sin supervisión del personal escolar.

Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor para llevar y usar medicamentos de manera independiente (si así lo indica el proveedor de salud antedicho): Acepto que mi hijo pueda administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que pueda llevar y usar dicho medicamento en la escuela sin supervisión del personal escolar.

Firma _____ Fecha _____

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 9.1: Prevención de intoxicación no intencional por un medicamento

Consejos para mantener a los niños seguros:

- Guarde todos los medicamentos de forma segura.
- Los medicamentos deben guardarse en un área que esté fuera del alcance y de la vista de los niños.
- Mantenga todos los medicamentos en su envase etiquetado original.
- Utilice contenedores que los niños no puedan abrir, siempre que sea posible.
- Nunca deje un medicamento sin atención.
- Siempre vuelva a guardar el medicamento en el área de almacenamiento inmediatamente después de usarlo.
- Nunca se refiera a un medicamento como un “caramelo”.
- Mantenga los números de teléfono importantes, como la línea de atención directa del Centro de Toxicología en el teléfono o cerca.
- Siga siempre los *Cinco pasos correctos* cuando les administre medicamentos a los niños.

Si sospecha que un niño puede haber tomado un medicamento y otra sustancia tóxica accidentalmente, llame al Centro de Toxicología de inmediato.

No espere a que el niño parezca o se sienta descompuesto.

El número del Centro de Toxicología es el siguiente:

1-800-222-1222

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 9.2: Anafilaxia

La anafilaxia es una reacción alérgica severa que afecta a todo el cuerpo. El niño empeorará rápidamente y los síntomas pueden ser mortales. Los siguientes son algunos factores comunes (alérgenos) que pueden ocasionar una reacción alérgica grave en los niños:



¿Cuáles son los síntomas de la anafilaxia?

Preste atención a los siguientes síntomas de anafilaxia para poder actuar rápidamente:



- Picazón
- Inflamación de los labios y/o la lengua
- Cosquilleo en los labios y/o en la lengua
- Sabor metálico en la boca



- Falta de aire
- Tos
- Silbido al respirar
- Dificultad para respirar



- Picazón
- Enrojecimiento
- Urticaria
- Inflamación
- Piel pálida, fría y húmeda



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



- Dolor en el pecho
- Pulso débil
- Mareos
- Pérdida del conocimiento
- Ritmo cardíaco acelerado



- Confusión
- Dolor de cabeza



- Vómitos
- Náusea
- Diarrea
- Calambres

**Si un niño bajo su cuidado manifiesta algún síntoma de anafilaxia,
siga el plan de atención médica aprobado del niño,**

¡y llame al 911 de inmediato!

Folleto 9.3: Uso y almacenamiento del autoinyector de epinefrina (EpiPen® o Auvi-Q®)

La epinefrina es el medicamento que, cuando se inyecta, puede ayudar a aliviar los síntomas de la anafilaxia y salvar la vida del niño. Si un niño de su programa tiene alergias conocidas a las picaduras de abejas o a determinados alimentos, y tiene antecedentes de anafilaxia, su proveedor de atención médica probablemente le habrá recetado epinefrina para que tenga a mano.

Los autoinyectores de epinefrina vienen en dos presentaciones principales:

- **EpiPen®** (incluido EpiPen® Jr) es un dispositivo autoinyectable precargado y descartable que contiene una sola dosis de epinefrina.
- **Auvi-Q®** es un autoinyector de epinefrina compacto que indica paso a paso cómo realizar la inyección.

Si un niño bajo su cuidado está teniendo síntomas de anafilaxia y *no* tiene prescripción de autoinyector, obtenga asistencia de emergencia llamando al 911. En **NINGUNA CIRCUNSTANCIA** puede utilizar el autoinyector de un niño para otro.

Si en sus instalaciones dispone de un autoinyector de epinefrina no específico para el paciente de conformidad 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 stock. Con el objetivo de salvar vidas, la OCFS implementó una iniciativa de autoinyectores no específicos para el paciente. La OCFS recomienda encarecidamente que cada programa de cuidado infantil aproveche esta oportunidad. La forma más sencilla de participar es completando el curso a distancia *Identificación y respuesta a la anafilaxia: Ley de Elijah* y solicitando los autoinyectores de epinefrina sin costo para el programa. Esta capacitación puede encontrarse en la sección de cursos a distancia del portal de capacitación del Programa de Educación y Capacitación de la Primera Infancia (ECETP, por sus siglas en inglés).

Uso y almacenamiento del autoinyector EpiPen®

Para ADMINISTRAR correctamente un EpiPen®

- Quite el autoinyector del tubo transparente: Abra la tapa amarilla del tubo transparente del autoinyector EpiPen® o la tapa verde del tubo transparente del autoinyector EpiPen Jr®. Incline y deslice el autoinyector para quitarlo del tubo transparente.
- Sujete el autoinyector con la mano, con la punta anaranjada apuntando hacia abajo.
Nota: La aguja sale de la punta anaranjada. NUNCA apoye el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta anaranjada.
- Con la otra mano, quite la tapa de seguridad azul tirando hacia arriba sin doblarla ni girarla.
- Coloque la punta anaranjada en el centro del lateral del muslo a un ángulo recto (perpendicular). El autoinyector puede aplicarse a través de la ropa. Mientras sostiene la pierna, presione firmemente la punta anaranjada contra la parte lateral del muslo hasta escuchar un “clic”. Sostenga el autoinyector firmemente contra el muslo por aproximadamente 3 segundos (cuente lentamente hasta 3) para administrar el medicamento. De este modo, la inyección está aplicada.

(continúa en la próxima siguiente)

- Aparte el autoinyector del muslo. La punta anaranjada se extenderá para cubrir la aguja. Masajea el área de inyección por 10 segundos. Solicite asistencia médica de emergencia de inmediato. El niño puede requerir atención médica adicional. Los síntomas pueden reaparecer, incluso horas más tarde, por lo que aun si el niño parece estar mejor, de todos modos necesita atención de emergencia.
- Envíe el autoinyector utilizado con el niño al hospital y asegúrese de incluir la tarjeta de antecedentes de salud.
- El autoinyector ya usado y con la cubierta de la aguja extendida no entra en el tubo transparente.
- La mayor parte del medicamento líquido queda en el autoinyector y no puede volver a utilizarse. Sabrá que el niño recibió la dosis correcta de medicación si la punta anaranjada de la aguja está extendida y la mirilla está bloqueada.
- No intente abrir el autoinyector EpiPen® o EpiPen® Jr.
- Después de usar el autoinyector EpiPen® o EpiPen® Jr, solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

Enviar el autoinyector utilizado con el niño en la ambulancia forma parte del protocolo estándar.

ALMACENAMIENTO de un autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr.®

- Almacene el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr.® a temperatura ambiente, entre 68 °F y 77 °F (20 °C y 25 °C).
- Protéjalo de la luz.
- **No** lo exponga a frío o calor extremo. Por ejemplo, **no** lo guarde en la guantera de un automóvil **ni tampoco** en un refrigerador o freezer.
- Examine periódicamente el contenido del autoinyector a través de la mirilla transparente. La solución debe ser transparente. Si la solución se ve rosada o marrón, o contiene partículas sólidas, reemplace la unidad.
- Mantenga siempre el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr.® en el tubo transparente para protegerlo de daños. No obstante, tenga en cuenta que el tubo transparente no es resistente al agua.
- La tapa de seguridad azul ayuda a evitar que la inyección se active accidentalmente. Mantenga la tapa de seguridad azul cerrada hasta que necesite usar el EpiPen® o EpiPen Jr.®.
- El autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr.® tiene fecha de vencimiento. Reemplácelo antes de que venza.
- **Mantenga el autoinyector EpiPen®/EpiPen Jr.® y todos los demás medicamentos fuera del alcance de los niños. Guarde el autoinyector de modo que pueda acceder a él fácil y rápidamente, como ser en un botiquín de primeros auxilios o en el bolso de emergencia o de “salidas” del programa.**

Uso y almacenamiento de Auvi-Q®

Para ADMINISTRAR correctamente un Auvi-Q®

- Quite el dispositivo Auvi-Q® del estuche exterior.
En ese momento, comenzará a reproducir instrucciones sobre cómo administrar el medicamento.
- Quite la protección roja.
- Coloque el extremo de color negro del Auvi-Q® en el centro del lateral del muslo (a través de la ropa, si fuera necesario). Luego, presione firmemente y sostenga el dispositivo en el lugar por dos (2) segundos. *Inyéctelo **solamente** en el centro del lateral del muslo. **No** lo inyecte en ninguna otra parte del cuerpo.*
- Después de aplicar el Auvi-Q®, solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

Enviar el autoinyector utilizado con el niño en la ambulancia forma parte del protocolo estándar.

ALMACENAMIENTO del Auvi-Q®

- La epinefrina es sensible a la luz y debe almacenarse dentro del estuche para que esté protegida. Almacene a una temperatura de entre 20 °C y 25 °C (68 °F y 77 °F). En excursiones se permite almacenar a una temperatura de entre 15 °C y 30 °C (59 °F y 86 °F) [Consulte las pautas de Temperatura ambiente controlada de la Farmacopea de Estados Unidos (USP, por sus siglas en inglés)]. No refrigere. Antes de usar, revise la solución del autoinyector para corroborar que esté transparente e incolora. Si la solución se ve descolorida, turbia, o contiene partículas sólidas, reemplace el autoinyector.

Responsabilidad de notificación del programa

De conformidad con la Declaración de Política de la División de Servicios de Cuidado Infantil 20-01 (DCCS, por sus siglas en inglés) de la OCFS del Estado de Nueva York, durante este tipo de incidente grave, mientras se satisfacen las necesidades de atención médica del niño lesionado/enfermo, el programa debe garantizar la seguridad y la supervisión de los demás niños bajo cuidado. Las regulaciones requieren que los programas llamen inmediatamente al 911 para los niños que requieran servicios de atención médica de emergencia. Esto incluye directamente después de haber administrado un autoinyector de epinefrina a un niño con anafilaxia o cuando no haya un autoinyector disponible. Una vez contactado el servicio de atención médica de emergencia, debe informar inmediatamente a los padres del niño lesionado/enfermo y a la OCFS. Si no logra hablar con el regulador asignado a su programa, debe comunicarse con otro representante de la Oficina. No es suficiente con dejar un mensaje de voz.

Las oficinas regionales y de registro tienen cobertura telefónica de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Durante este horario de atención, debe comunicarse directamente con un representante de la oficina. Si descubrió el incidente por fuera del horario comercial, debe llamar por teléfono inmediatamente a la oficina regional o de registro y dejar un mensaje de voz en la casilla de correo de voz de la línea principal.

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. Puede utilizar el formulario OCFS 4436-S: *Informe de incidentes para el cuidado diurno de niños* o un formulario equivalente para llevar un registro escrito de cualquier incidente grave.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 9.4: 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 foodallergy.org/TreatingReactions.



foodallergy.org

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 9.5: OCFS-LDSS-6029-S

OCFS-6029-S (01/2021)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
PLAN DE EMERGENCIA INDIVIDUAL PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

Instrucciones:

- Este formulario debe completarse para todo niño que tenga una alergia conocida.
- El programa de cuidado infantil debe trabajar con los padres/tutores legales y el proveedor de atención médica del niño para desarrollar instrucciones por escrito que describan a qué es alérgico el niño, y las estrategias de prevención y los pasos que deben seguirse si el niño estuviera expuesto a un alérgeno conocido o muestra síntomas de la exposición.
- Este plan debe revisarse al momento del ingreso, anualmente después del ingreso y cada vez que haya cambios de personal o voluntarios, o en cualquier momento que haya cambios en la información de las alergias o de los tratamientos del niño. Este documento debe adjuntarse al Plan Individual de Atención Médica del niño.
- Agregue más hojas si son necesarios más documentos o instrucciones.

Nombre del niño: _____ Fecha del plan: ____ / ____ / ____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Peso actual: _____ lb
 Asma: Sí (mayor riesgo por reacción) No

Mi hijo tiene reacciones a los siguientes alérgenos:

Alérgeno:	Tipo de exposición: (es decir, por aire/contacto con la piel/consumo, etc.):	Los síntomas incluyen, entre otros: (Marque todo lo que aplique).
		<input type="checkbox"/> Falta de aire, sibilancias o tos <input type="checkbox"/> Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos <input type="checkbox"/> Garganta cerrada o ronca, dificultad para respirar o tragar <input type="checkbox"/> Hinchazón significativa de la lengua o los labios <input type="checkbox"/> Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado <input type="checkbox"/> Vómitos, diarrea <input type="checkbox"/> Cambios en el comportamiento y llanto inconsolable <input type="checkbox"/> Otros (especifique)
		<input type="checkbox"/> Falta de aire, sibilancias o tos <input type="checkbox"/> Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos <input type="checkbox"/> Garganta cerrada o ronca, dificultad para respirar o tragar <input type="checkbox"/> Hinchazón significativa de la lengua o los labios <input type="checkbox"/> Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado <input type="checkbox"/> Vómitos, diarrea <input type="checkbox"/> Cambios en el comportamiento y llanto inconsolable <input type="checkbox"/> Otros (especifique)
		<input type="checkbox"/> Falta de aire, sibilancias o tos <input type="checkbox"/> Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos <input type="checkbox"/> Garganta cerrada o ronca, dificultad para respirar o tragar <input type="checkbox"/> Hinchazón significativa de la lengua o los labios <input type="checkbox"/> Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado <input type="checkbox"/> Vómitos, diarrea <input type="checkbox"/> Cambios en el comportamiento y llanto inconsolable <input type="checkbox"/> Otros (especifique)

Si es POSIBLE que mi hijo haya estado expuesto a un alérgeno, para CUALQUIER síntoma:
 Dar epinefrina de inmediato

Si mi hijo DEFINITIVAMENTE estuvo expuesto a un alérgeno, incluso si no tiene síntomas:
 Dar epinefrina de inmediato

Fecha del plan: / /

SI EL NIÑO MUESTRA SÍNTOMAS, SE TOMARÁN LAS SIGUIENTES MEDIDAS, incluyendo pero no limitándose a lo siguiente:

- **Inyecte epinefrina de inmediato y anote la hora a la que le dio la primera dosis.**
- **Llame al 911/equipo de rescate local** (avise al 911 que el niño tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando lleguen los socorristas).
- Recueste a la persona, levántele las piernas y manténgala caliente. Si tiene dificultades para respirar o está vomitando, permítale sentarse o recostarse de lado.
- Si los síntomas no mejoran o regresan, puede darle otra dosis de epinefrina consultando con el 911 primeramente o con los técnicos de emergencias médicas.
- Avise a los padres/tutores legales del niño y a los contactos de emergencia.
- Una vez que cumpla las necesidades del niño y de todos los demás a su cuidado, avise de inmediato a la oficina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

- Epinefrina de marca o genérica:
- Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

ADMINISTRACIÓN E INFORMACIÓN DE SEGURIDAD PARA LOS AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA

Cuando administre epinefrina con un autoinyector siga estas directrices:

- No ponga el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media externa del muslo. Si un miembro del personal se inyecta accidentalmente, debe buscar atención médica en la sala de emergencias más cercana.
- Si utiliza un autoinyector en un niño pequeño, manténgale la pierna firmemente en posición antes y durante la inyección para evitar lesiones.
- La epinefrina puede inyectarse a través de la ropa, si es necesario.
- Llame al 911 de inmediato después de la inyección.

ALMACENAMIENTO DE LOS AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA

- Todos los medicamentos deben mantenerse en su envase original etiquetado.
- Los medicamentos deben mantenerse en un área limpia que esté fuera del alcance de los niños.
- Todo el personal debe saber dónde están almacenados los medicamentos del niño.
- Mencione cualquier medicamento, como los autoinyectores de epinefrina, que pueda almacenarse en un área diferente.
- Explique aquí dónde se almacenarán los medicamentos:

PROGRAMAS CERTIFICADOS POR MAT/EMAT SOLAMENTE

Solo puede administrar los siguientes medicamentos el personal que aparece en el Plan de Atención Médica del programa como administradores de medicamentos. El personal debe tener al menos 18 años y tener certificados de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar (CPR) que cubran todas las edades de los niños bajo cuidado.

- Antihistamínico de marca o genérico:
- Dosis de antihistamínico:
- Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador, si tiene sibilancias):

***Nota: No dependa de antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.**

ALMACENAMIENTO DE INHALADORES, ANTIHISTAMINESÍNICOS, BRONCODILATADORES

Todos los medicamentos deben mantenerse en su envase original etiquetado. Los medicamentos deben mantenerse en un área limpia que esté fuera del alcance de los niños. Todo el personal debe saber dónde están almacenados los medicamentos del niño. Explique dónde se almacenarán los medicamentos. Mencione cualquier medicamento, como inhaladores para el asma, que puedan almacenarse en un área diferente.

Explique aquí:

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.1: Niños con necesidades especiales de salud

Según las regulaciones de la OCFS, un **niño con necesidades especiales de salud** hace referencia a un niño con “afecciones físicas, conductuales, emocionales o del desarrollo crónicas, que se espera que se extiendan durante 12 meses o más y que requieren servicios de salud o relacionados, de un tipo o cantidad que excedan los que requieren los niños por lo general”.

Para cuidar a un niño con necesidades especiales de salud, debe ponerse de acuerdo con los padres y el proveedor de atención médica del niño para redactar un *Plan individual de atención médica para un niño con necesidades especiales de salud* (consulte el Folleto 10.2). El plan debe incluir lo siguiente:

- Descripción de las necesidades especiales de salud del niño.
- Identificación del personal del programa que cuidará al niño. Todo el personal que le administrará los medicamentos o tratamientos al niño debe ser personal aprobado para administrar medicamentos. Al menos un miembro del personal identificado debe estar presente cuando el niño esté en el programa.
- Descripción de cualquier capacitación o habilidad adicional que necesitará el personal para administrarle la medicación o el tratamiento al niño, cómo será la capacitación y quién la dictará.
- Firma del representante autorizado del programa y de los padres en el *Plan individual de atención médica para un niño con necesidades especiales de salud*. Mantenga el plan archivado.

Dado que las técnicas de administración y las necesidades de los niños difieren, toda capacitación que reciba el personal para cuidar a un niño con necesidades especiales de salud será específica para ese niño y no podrá aplicarse en otro.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.3: Administración independiente de un medicamento

Las Regulaciones de Cuidado Diurno Infantil de la OCFS del Estado de Nueva York permiten que los niños de edad escolar lleven consigo y usen un inhalador para el asma o un autoinyector de epinefrina en las circunstancias siguientes:

“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 recibe aprobación para administrar medicamentos o para administrar medicamentos de emergencia solamente, debe tener en archivo lo siguiente para cada niño en edad escolar que se administre independientemente su propio inhalador para el asma o autoinyector de epinefrina:

- permiso por escrito del proveedor de atención médica del niño;
- consentimiento de los padres; y
- un Plan individual de atención médica para un niño con necesidades especiales de salud completo para el niño en edad escolar. El plan individual del niño deberá incluir lo siguiente:
 - ◆ enunciado de que el personal aprobado para administrar la medicación debe estar disponible cuando el niño esté en el programa;
 - ◆ explicación de cómo el niño llevará el medicamento consigo y se asegurará de que los otros niños del programa no puedan acceder a él;
 - ◆ explicación de cómo el niño le comunicará al personal del programa las dosis que se administre;
 - ◆ explicación de cómo el personal documentará cada dosis que el niño se administre de forma independiente;
 - ◆ explicación de cómo el personal reconocerá y responderá frente a posibles efectos secundarios; e
 - ◆ indicación de cualquier capacitación o competencia adicional que el personal aprobado para administrar medicación necesite para cuidar al niño, e indicación de quién proporcionará esta capacitación.

El consentimiento de los padres del niño, el consentimiento del proveedor de atención médica y el Plan individual de atención médica para un niño con necesidades especiales de salud completado deben documentar un permiso para que un niño en edad escolar lleve consigo un inhalador o autoinyector.

El formulario OCFS-LDSS-7006-S: *Plan individual de atención médica para un niño con necesidades especiales de salud* está disponible y puede utilizarse.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.4: Administración de un medicamento fuera de las instalaciones del programa

Si algún niño necesita medicación mientras esté fuera de las instalaciones del programa, usted deberá contar con lo siguiente:

- Una persona aprobada para administrar medicamentos en la excursión si alguno de los niños que participa en ella necesita medicación.
- El medicamento en el envase original de la farmacia.
- El medicamento en un paquete independiente y separado de los alimentos y demás suministros.
- Si el medicamento requiere refrigeración, un medio para mantenerlo a una temperatura de entre 36 °F y 46 °F.
- Cualquier instrumento o equipo especial para administrar el medicamento.
- El *Formulario de consentimiento para medicamentos* original del niño y el *Registro de administración de medicamentos*.
- Gel para lavarse las manos sin agua, en caso de no haya agua corriente.
- Números de emergencia del área que estará visitando.

Para los niños que se quedan en las instalaciones:

Si algún niño necesita medicación mientras los demás están fuera de las instalaciones del programa, usted deberá contar con lo siguiente:

- una persona aprobada para administrar medicación; y
- El *Formulario de consentimiento para medicamentos* y el *Registro de administración de medicamentos* de los niños que se hayan quedado en el programa.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.5: Botiquín de primeros auxilios

Cada programa de cuidado infantil debe tener un botiquín de primeros auxilios que comprenda los elementos necesarios para atender una amplia variedad de lesiones y situaciones.

En su plan de atención médica se indica qué debe tener en el botiquín de primeros auxilios y dónde debe guardarlo dentro de las instalaciones de su programa. Las instalaciones más grandes suelen tener varios botiquines.

En algunas áreas, los agentes de control de toxicología pueden sugerir que se incluyan artículos específicos, dado el tiempo requerido para obtener tratamiento médico de emergencia. Cuando prepare el botiquín de primeros auxilios, asegúrese de seguir sus indicaciones.

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 para administrar yoduro de potasio en casos de emisiones radioactivas. Todos los programas, incluso aquellos no aprobados para administrar medicamentos, pueden tener yoduro de potasio en sus botiquines de primeros auxilios o bolso de emergencias. Los programas deben informarles a los padres sobre la ubicación geográfica de las instalaciones y sobre el uso del yoduro de potasio.

El yoduro de potasio no requiere prescripción médica y, si bien se recomienda dárselos a los niños en caso de exposición a radiaciones, no es una exigencia. Debe consultar con los padres si quieren o no que se les dé yoduro de potasio a sus hijos.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.6: Errores en la administración de un medicamento

Se trata de un error cometido en cualquier momento del proceso de administración de un medicamento. Esto incluye no administrar la medicación del modo indicado.

Entre los errores en la administración de un medicamento se incluye:

- Olvidarse de administrar el medicamento
- Administrar el medicamento incorrecto
- Administrar el medicamento en el horario incorrecto
(Esto incluye dar el medicamento más de 30 minutos antes o más de 30 minutos después del horario programado, O dar el medicamento para tratar síntomas que no son los especificados por el proveedor de atención médica.)
- Administrar la dosis incorrecta
- Administrar el medicamento por la vía incorrecta
- Administrar el medicamento al niño incorrecto
- Administrar un medicamento vencido
- Administrar un medicamento sin el permiso de los padres
- Administrar un medicamento sin instrucciones válidas de un proveedor de atención médica, incluso con consentimientos vencidos


Cómo informar un error en la administración de un medicamento

1. Tan pronto como descubra el error, contáctese con los padres del niño. Sugiera que consulten al proveedor de atención médica del niño para decidir qué hacer.
2. Atienda las necesidades inmediatas del niño, tal como lo hayan indicado los padres y el proveedor de atención médica.
3. Complete el *Formulario de informe de error de medicación* de la OCFS o un formulario equivalente aprobado y envíelo a su licenciador o registrador.
4. Debe notificar a su licenciador o registrador dentro de las 24 horas de haberse cometido el error.

Si se comete un error en su programa, investigue las circunstancias o las políticas de administración de medicamentos actuales que hayan podido contribuir con el hecho. Su asesor de atención médica es un buen recurso para poder determinar qué sucedió. De este modo, podrá implementar cambios para evitar cualquier error en el futuro.

Página dejada intencionalmente en blanco

Folleto 10.7: OCFS-LDSS-7005-S

OCFS-LDSS-7005S (11/2004)		
ESTADO DE NUEVA YORK OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION		
		
<ul style="list-style-type: none"> • 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:		
¿Qué tipo de error ocurrió?: <input type="checkbox"/> Niño(a) erróneo <input type="checkbox"/> Medicamento incorrecto <input type="checkbox"/> Horario incorrecto <i>(se administró el medicamento más de 30 minutos antes o más de 30 minutos después del horario autorizado)</i> <input type="checkbox"/> Dosis incorrecta <input type="checkbox"/> Vía incorrecta <input type="checkbox"/> Se le administró un medicamento con fecha expirada <input type="checkbox"/> Se le olvidó darle el medicamento <input type="checkbox"/> Fecha de consentimiento expirada <input type="checkbox"/> Otro _____		
<u>Complete esta sección para todos los errores, utilizando la información provista en el formulario de consentimiento aprobado para el niño(a) (excepto para casos que impliquen al niño(a) erróneo).</u>		
NOMBRE DEL MEDICAMENTO AUTORIZADO:	CANTIDAD/DOSIS AUTORIZADA:	VIA DE ADMINISTRACION AUTORIZADA:
La frecuencia de administración o los signos y síntomas que requieran la administración del medicamento de acuerdo a la autorización en el formulario de consentimiento: 		

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



Describe el incidente (incluya a todos los individuos involucrados en el error):

ACCIÓN TOMADA

AGENCIA (OCFS) FUE NOTIFICADA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA NOTIFICADA:
PADRE/MADRE/TUTOR(A) FUE NOTIFICADO(A) (Requisito inmediato): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA NOTIFICADA:
SE RECOMENDO QUE EL PADRE/MADRE/TUTOR(A) NOTIFICARA AL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO DE LA SALUD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA RECOMENDACION: (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA A LA QUE SE LE RECOMENDO:
OTRAS PERSONAS NOTIFICADAS (proveedor(a) de cuidado de salud previo): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA NOTIFICADA:

Describe 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:

Folleto 11.1: Próximos pasos

Certificado de la MAT

Una vez que haya completado y aprobado el curso de la MAT, puede descargar e imprimir el certificado del sitio web del ECETP (www.ecetp.pdp.albany.edu/mytraining/). Asegúrese de guardarse una copia.

Su certificado de la MAT:

- tiene validez por tres años;
- especifica el idioma en el que realizó el curso (recuerde que solo puede aceptar permisos, instrucciones, prospectos o materiales relacionados en un idioma en el que pueda leer y escribir);
y
- lo habilita a administrar medicamentos solamente en un entorno de cuidado infantil.

¿Qué más?

Completar y aprobar el curso de la MAT es solo uno de los requisitos para poder ser una persona aprobada para administrar medicamentos en su programa.

Debe cumplir con *todos* los requisitos siguientes **antes** de poder administrar medicamentos:

- Tener un certificado válido de la MAT
- Tener un certificado actual de primeros auxilios específico para las edades de los niños de su instalación de cuidado
- Tener un certificado actual de RCP específico para las edades de los niños de su instalación de cuidado
- Ser mayor de 18 años
- Estar incluido en el plan de atención médica aprobado de su programa como persona encargada de administrar medicamentos
- Pedirle al asesor de atención médica de su programa que revise y firme el plan que lo aprueba como persona encargada de administrar medicamentos
- Pedirle al licenciador o registrador de su programa que apruebe el plan de atención médica firmado
- Trabajar en un programa con una licencia o un registro impresos que indiquen que el programa está autorizado para administrar medicamentos (excepto el personal legalmente exento y los Centros de Cuidado Diurno de la Ciudad de Nueva York)

Actualizaciones de los folletos

Los folletos pueden actualizarse o pueden agregarse folletos nuevos. Todos los folletos de la MAT están disponibles en nuestro sitio web: www.ecetp.pdp.albany.edu. Cada uno de ellos tiene una fecha, por lo que podrá saber si tiene la versión más reciente.

Vencimiento del certificado

El certificado de la MAT tiene validez por un período de tres (3) años a partir de la fecha de aprobación del curso. Si usted es una persona aprobada para administrar medicamentos que trabaja en un programa aprobado para administrar medicamentos, reúne los requisitos para rendir el examen de renovación de la MAT.

Puede renovar su certificado de la MAT por otros tres años realizando el examen de renovación en línea. Esto puede hacerse dos veces consecutivas. Tras la tercera renovación en línea consecutiva, además deberá completar tres (3) Demostraciones de habilidades para poder renovar el certificado de la MAT.

Accederá al examen de renovación en línea a través de su cuenta del ECETP. Recibirá un correo electrónico del Programa de la MAT cuando reúna los requisitos para rendir el examen de renovación en línea. Este correo se enviará con al menos tres meses de anticipación al vencimiento de su certificado.

Si no recibe un correo electrónico y reúne los requisitos para renovar el certificado, es *su responsabilidad* comunicarse con el Programa de la MAT o con su licenciador o registrador. Si no renueva su certificado *antes* de la fecha de vencimiento, deberá volver a realizar el curso de la MAT para poder seguir administrando medicamentos en su programa.

Recursos adicionales

- Asesor de atención médica: _____

Número de contacto: _____

Si no conoce al asesor de atención médica de su programa o no sabe cómo comunicarse, averigüe con el director cómo puede hacerlo.

- Licenciador o registrador de la OCFS: _____

Número de contacto: _____

- Programa de Capacitación en Administración de Medicamentos y Programa de Reembolso de la MAT:

1-800-295-9616
MAT@albany.edu

- Otro: _____

Evaluación: Cuestionario sobre la respuesta a la MAT

Instructor: _____

Fecha del día: _____

Utilice este formulario para evaluar el curso de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) que acaba de completar. Es importante que sepamos si la capacitación satisfizo sus necesidades. Todas las respuestas son anónimas.

Instrucciones: En función de la escala siguiente, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las afirmaciones expuestas a continuación.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, la capacitación fue de buena calidad.	⑤	④	③	②	①
2. Los objetivos de la capacitación fueron 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 mucho conocimiento del contenido.	⑤	④	③	②	①
6. El instructor estaba bien preparado y organizado.	⑤	④	③	②	①
7. Las prestaciones de la sala propiciaron el aprendizaje.	⑤	④	③	②	①
8. Los materiales y los folletos fueron muy útiles.	⑤	④	③	②	①
9. El contenido de la capacitación se expuso de forma clara y comprensible.	⑤	④	③	②	①
10. Con base en la información que recibí en este curso, me siento en condiciones de administrar medicamentos en mi programa de cuidado infantil.	⑤	④	③	②	①
11. Tengo pensado administrar medicamentos en mi programa.	⑤	④	③	②	①
12. ¿Hay algún tipo de información que hubiera querido que se aborde en la capacitación que sería de ayuda para que administre medicamentos a los niños bajo su cuidado?					
13. ¿Tiene alguna sugerencia respecto de cómo hacer que la capacitación sea más breve?					

Arriba

Complete los puntos anteriores

Arriba

14. ¿Por qué decidió tomar el curso de la MAT?

- Me envió mi empleador
- Me lo recomendó el licenciador/registrador
- Un niño de mi programa necesita medicación
- Lo solicitaron los padres
- Por un interés de crecimiento profesional
- Lo recomendaron otros proveedores de cuidado infantil
- Otro: _____

15. ¿Cuánto tiempo hace que provee cuidado infantil en un programa de cuidado infantil licenciado o registrado?

- 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
- Más de 10 años

16. ¿En qué tipo 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
- Cuidado infantil legalmente exento que recibe asistencia en cuidado infantil

17. ¿En qué región del Estado de Nueva York trabaja?

- Búfalo (*Condados de Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans y Wyoming*)
- Rochester (*Condados de Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Seneca, Schuyler, Steuben, Wayne y Yates*)
- Siracusa (*Condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tioga y Tompkins*)
- Albany (*Condado 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 (*Distritos de The Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens y Staten Island*)
- Long Island (*Condados de Nassau y Suffolk*)

18. Indique su edad: _____

19. Nivel educativo más alto alcanzado:

- Diploma de nivel inferior a escuela preparatoria/GED
- Diploma de escuela preparatoria/GED
- Educación superior, sin título
- Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés) u otro tipo de credencial para cuidado infantil
- Grado de asociado
- Licenciatura
- Maestría o superior

¡Gracias!