NEW YORK STATE | 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 © 2019 por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York

NEW YORK STATE | Oficina de Servicios para Niños y Familias

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

Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)
Materiales del participante

ÍNDICE

Manual 1.1: Recursos Materiales de la Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT).. 1
Manual 1.2: Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) Panorama general..... 3
Manual 1.3: Glosario 5
Manual 2.1: ¿Cuáles son los ***Cinco pasos correctos*** ? 11
Manual 2.2: Verificación de los ***Cinco pasos correctos*** 13
Manual 2.3: OCFS-LDSS-7002S: *Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos* 15
Ejercicio 2.1: Encontrar los ***Cinco pasos correctos*** 17
Respuestas 2.1: Encontrar los ***Cinco pasos correctos*** 25
Manual 3.1: Efectos de los medicamentos 33
Manual 3.2: Vías de administración de medicamentos..... 35
Manual 3.3: Descripción de las vías de administración incluidas en el curso de MAT 37
Manual 3.4: Tipos de medicamentos 39
Ejercicio 3.1: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos..... 41
Ejercicio 3.2: Identificación de los tipos de medicamentos 43
Respuestas 3.1: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos 45
Respuestas 3.2: Identificación de los tipos de medicamentos 49
Manual 4.1: ¿Qué permisos e instrucciones necesito para administrar el medicamento? 51
Manual 4.2: OCFS-LDSS-7002S: *Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos* 53
Manual 4.3: Abreviaturas médicas frecuentes 55
Manual 4.4: OCFS-LDSS-7004-S: *Registro de Administración de Medicamentos* 57
Manual 4.5: Buena documentación..... 59
Manual 4.6: OCFS-LDSS-7003-S: *Formulario de Consentimiento Verbal y Administración del Registro* 61
Manual 4.7: Almacenamiento de medicamentos 63
Manual 4.8: Aceptación del medicamento 67
Manual 4.9: Utensilios de administración y requisitos para el etiquetado de los medicamentos.... 69
Manual 4.10: La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento 71
Manual 4.11: Planificación del día..... 73
Ejercicio 4.1: Aceptación del medicamento..... 75
Respuestas 4.1: Aceptación del medicamento 79
Manual 5.1: Administración de medicamentos a niños 83

Manual 5.2: Situaciones especiales 85
Manual 5.3: Administración de medicamentos de manera segura 87
Manual 6.1: Lavado de manos 89
Manual 6.2: Uso de guantes 91
Manual 6.3: Limpieza y desinfección 93
Manual 7.1: Aplicación de medicamentos de uso tópico 95
Manual 7.2: Aplicación de parches medicados 97
Manual 7.3: Administración de medicamentos por boca 99
Manual 7.4: Medición de medicamentos líquidos 101
Manual 7.5: Administración de medicamentos inhalados por boca 105
Manual 7.6: Administración de medicamento por inhalación por la nariz 107
Manual 7.7: Administración de medicamentos en los ojos 109
Manual 7.8: Administración de medicamentos en el oído 111
Práctica de habilidades 7.1: Administración de medicamentos líquidos por boca 113
Práctica de habilidades 7.2: Formulario de consentimiento de líquido oral 115
Práctica de habilidades 7.3: Registro de la práctica de habilidades 117
Práctica de habilidades 7.4: Copia impresa de la farmacia: Amoxicilina 119
Práctica de habilidades 7.5: Cuadro de evaluación para la demostración de habilidades 121
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Verificación de los ***Cinco pasos correctos*** 125
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Administración de medicamentos de manera segura 126
Práctica de habilidades 7.6: Herramientas para practicar habilidades: Medición de medicamentos líquidos 127
Manual 8.1: Información sobre el asma 131
Manual 8.2: Tratamiento para el asma 133
Manual 8.3: Ejemplo de un plan de salud para un niño con asma 135
Manual 8.4: Departamento de Salud del Estado de Nueva York Plan de acción para el asma 139
Manual 9.1: Prevención de intoxicación no intencional con medicamentos 141
Manual 9.2: Anafilaxia 143
Manual 9.3: Autoinyector de epinefrina (EpiPen® o Auvi-Q™) Uso y almacenamiento 145
Manual 10.1: Errores en la administración de medicamentos 149
Manual 10.2: OCFS-LDSS-7005S: *Formulario de Informe de Error de Medicacion* 151
Manual 10.3: Administración independiente de medicamentos 153
Manual 10.4: Niños con necesidades especiales de atención médica 155
Manual 10.5: OCFS-LDSS-7006S: *Plan individual de cuidado de la salud para un niño(a) con necesidades especiales de cuidado de la salud* 157
Manual 10.6: Administración de medicamentos fuera del programa 159

Manual 10.7: Botiquín de primeros auxilios 161
Manual 11.1: Siguientes pasos 163
Cuestionario de MAT acerca de las reacciones 165

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Manual 1.1

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

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

Reglamento

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

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

Manuales

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

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

Formularios de la OCFS

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

Planes de salud

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT)
Panorama general

Administrar medicamentos en un Programa de Cuidado Infantil

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

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

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

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

Acerca del curso de MAT

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

Para aprobar el curso, usted debe ser capaz de:

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

Evaluación

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

Examen escrito

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

Demostración de habilidades

Debe mostrarle a un instructor que usted puede:

- Controlar los ***Cinco pasos correctos*** correspondientes a una administración segura de medicamentos. Puede obtener información sobre los ***Cinco pasos correctos*** en el Manual 2.1.
- Administrar medicamentos de manera segura por una de las siguiente vías de administración:
  - Oral (por boca)
  - Tópica (en la piel)
  - Mediante inhalación por la boca o la nariz
  - En el ojo
  - En el oído
  - Mediante la aplicación de un parche medicado

  Se le evaluará sólo una vía de administración; sin embargo, usted debe estar preparado para administrar un medicamento por cualquiera de las vías mencionadas anteriormente, porque no sabrá qué vía de administración se evaluará en el examen. En el video se incluye un ejemplo de administración para ayudarlo a prepararse.
- Medir correctamente el medicamento líquido con:
  - una taza de dosificación,
  - una cuchara de dosificación o
  - una jeringuilla para administrar medicamentos por vía oral.
- Administrar bien epinefrina con un autoinyector.

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

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

Personas exceptuadas de asistir al curso de MAT

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

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

Glosario

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

abreviaturas	Forma corta o símbolo usados en lugar de una palabra completa.
acrónimo / sigla	Una palabra que se forma con la(s) primera(s) letra(s) de cada parte de una frase compuesta. (Por ejemplo, MAT=**M**edication **A**dministration **T**raining [Curso de capacitación en administración de medicamentos])
administración	Acción de dar
administración de medicamentos	El proceso completo de administrar medicamentos, observar e informar los efectos deseados y no deseados, y revisar cada paso para maximizar el beneficio y reducir el riesgo.
administrador de medicamentos	Un miembro del personal que, en el plan de salud del programa de cuidado infantil diurno, figura como persona autorizada para administrar medicamentos en el programa. Esta persona debe tener 18 años de edad como mínimo y un certificado actualizado de CPR y de primeros auxilios que cubra las edades de los niños que cuida y, además, debe tener un certificado actualizado de MAT. Solo los administradores de medicamentos aprobados por la OCFS pueden administrar medicamentos.
administración independiente de medicamentos	Cuando un niño lleva consigo su propio medicamento, decide cuándo necesita administrarse la dosis y la toma sin supervisión. Ver el Manual 10.3.
anafilaxia	Una reacción alérgica repentina y grave que puede representar un riesgo de vida, caracterizada por urticaria, hinchazón, dificultad para respirar y que requiere tratamiento de inmediato. Ver el Manual 9.2.
asesor de atención médica	Un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero matriculado con una licencia válida en el estado de Nueva York. El asesor es responsable de trabajar en estrecha relación con el programa de cuidado infantil, a fin de desarrollar e implementar un plan de salud seguro y realista que incluya la administración del medicamento durante el programa. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(ak) del estado de Nueva York.
autoinyector	Dispositivo para administrar una inyección mediante un sistema automático. Consulte la palabra “epinefrina” en este glosario.
bebé	Un niño menor de dieciocho (18) meses. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(s) del estado de Nueva York.
categoría de medicamentos	Un tipo o grupos comunes de medicamentos en función de sus objetivos o función general.

Cinco pasos correctos	Los cinco datos necesarios para administrar un medicamento en forma correcta. Los ***Cinco pasos correctos*** incluyen: niño, medicamento, vía de administración, hora y dosis. El control de los ***Cinco pasos correctos*** cada vez que se administra un medicamento ayudará a evitar errores en la administración de medicamentos. Consulte los manuales 2.1 y 2.2.
consanguinidad	Una relación o unión cercana. Un pariente del niño dentro del tercer grado de consanguinidad por parte de los padres o padrastros del niño, incluye: abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos y tías con sus cónyuges, tíos abuelos y tías abuelas con sus cónyuges, hermanos y primos directos con sus cónyuges.
contaminado	Cualquier sustancia o material que estuvo expuesto a fluidos corporales, sangre o a agentes infecciosos aéreos. Ver el Manual 6.2.
convulsiones	Un ataque, espasmo, convulsión, cambios emocionales extremos o cambio en el estado de conciencia de modo repentino, como sucede con la epilepsia o con otros trastornos.
CPR	Siglas en inglés de Resucitación cardiopulmonar
curvatura	El arqueamiento de una línea o superficie. A los fines de esta capacitación, el término se aplica a la inclinación o curva que se observa cuando se mira una medición de medicamento líquido a la altura de los ojos. El punto más bajo de la curvatura es el punto para medir la cantidad correcta del medicamento recetado. Ver el Manual 7.4.
demostración	Realizar un acto físico o una demostración de los pasos a fin de mostrar que se comprenden los principios de administración segura de medicamentos. Ver el Módulo 7.
efecto adverso	Reacción inesperada de un medicamento que puede ser potencialmente perjudicial.
efecto deseado	El efecto beneficioso y buscado del medicamento.
efectos de los medicamentos	Cómo afecta el medicamento al niño. Estos efectos pueden ser deseados o no deseados.
efecto no deseado	Cualquier efecto que no sea el efecto deseado. Los efectos no deseados también se llaman efectos secundarios, que incluyen efectos adversos y reacciones alérgicas. Ver el Manual 3.1.
efecto secundario	El efecto de un medicamento que no es el efecto deseado ni buscado. Ver el Manual 3.1.
eliminación	Deshacerse del medicamento que haya vencido, esté dañado o que ya no se necesite. Ver el Manual 4.9.
enfermedad	El estado de estar enfermo.
enfermedad crónica	Enfermedad o dolencia prolongada. No tiene cura y no desaparecerá. Algunos ejemplos son asma y diabetes.

envase del medicamento	El envase donde se proporciona el medicamento. En ocasiones, este envase puede incluir información importante, como efectos secundarios, consideraciones especiales e interacciones medicamentosas/de alimentos.
epinefrina	Un medicamento utilizado para aliviar rápidamente las reacciones alérgicas graves (anafilaxia) hasta que pueda disponerse de una mayor atención médica. Debe administrarse mediante una inyección Ver el Módulo 9.
error en la administración de medicamentos	Un error cometido en el momento de administrar un medicamento (por ejemplo, proporcionar el medicamento incorrecto, proporcionar el medicamento en el momento incorrecto, administrar la dosis incorrecta, usar una vía de administración incorrecta, administrar el medicamento al niño incorrecto, administrar un medicamento vencido, olvidarse de administrar un medicamento o administrar un medicamento cuando el Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos del niño ha vencido o cuando ha vencido el medicamento). Ver el Manual 10.1.
etiqueta del medicamento	La etiqueta del envase o frasco de la farmacia que incluye la información necesaria para administrar el medicamento de manera segura.
farmacia	Un establecimiento con licencia donde un farmacéutico con matrícula válida según la legislación del estado donde ejerce, dispensa y repone los medicamentos recetados.
Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos	El formulario aprobado por la OCFS que brinda instrucciones por escrito del proveedor de atención médica y el permiso de los padres por cada medicamento administrado a un niño específico Debe haber un formulario por cada medicamento que recibe el niño mientras recibe cuidados. Ver el Manual 4.2.
ineficaz	La ausencia de un efecto deseado, después de haber esperado un tiempo suficiente para que el medicamento surta efecto.
inhalador	Un dispositivo para administrar medicamento en la nariz, los pulmones u otra parte de las vías respiratorias mediante la inhalación del medicamento.
intoxicación no intencional	Ingestión no intencionada ni planificada de cualquier sustancia, incluso un medicamento. Ver el Manual 9.1.
instrucciones/ permiso por escrito	Permiso e instrucciones para administrar un medicamento especificados en el *Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos* aprobado por la OCFS o en un documento equivalente aprobado y administrados por los padres, el tutor o el proveedor de atención médica del niño. Ver el Manual 4.1 y 4.2.
instrucciones/ permisos verbales	Instrucciones para administrar un medicamento recibidas en forma oral e impartidas por los padres, un tutor o una persona autorizada y con licencia que emite recetas. Puede aceptar permisos e instrucciones verbales únicamente en determinadas circunstancias. Ver el Manual 4.7.

Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA)	Una ley que prohíbe la discriminación basada en la discapacidad. Ingresar a *www.ada.gov*.
localizado	Confinado o limitado a un lugar en particular. El uso de este término en este plan de estudio hace referencia a cómo una reacción alérgica leve puede aparecer en alguna parte del organismo del niño (por ejemplo, sarpullido cutáneo sobre piel enrojecida en el estómago o un lugar localizado de urticaria en el cuello).
marca comercial	El nombre otorgado al medicamento por la compañía farmacéutica que lo creó. Después del nombre, se incluye el símbolo ®, que indica que el nombre es una marca comercial registrada.
MAT	Las siglas de curso de **M**edication **A**dministration **T**raining (Curso de Capacitación en Administración de Medicamentos).
MDI	Las siglas de **M**etered **D**ose **I**nhaler (inhalador de dosis medida). Un inhalador de dosis medida se usa para administrar una dosis determinada de medicamento en los pulmones mediante un envase que contiene varias dosis.
medicamento	Cualquier sustancia que no sea un alimento y se use para tratar una enfermedad o dolencia o se use para prevenir o curar problemas de salud.
medicamento de venta libre	Otro modo de referirse a los medicamentos de venta sin receta. Ver “medicamentos de venta sin receta” en este glosario.
medicamentos de venta sin receta	Medicamento que puede comprarse sin una receta emitida por una persona autorizada y con licencia. También denominados medicamentos de venta libre.
medicamento que se da en caso de necesidad	Medicamento que se administra para tratar síntomas específicos en momentos no específicos. Se suele utilizar para aliviar o controlar los síntomas que pueden repetirse a causa de una afección conocida. Consulte el acrónimo "PRN" en este glosario.
medicamento recetado	Un medicamento destinado a un niño en particular que solo puede comprarse con una receta escrita emitida por una persona autorizada y con licencia para tratar una afección específica.
medicamento vencido	Un medicamento cuya seguridad y eficacia ya no puede garantizarse, dado que pudo haber una degradación química o contaminación a partir de la fecha de vencimiento. Es posible que la etiqueta del medicamento indique “desechar después de” una fecha específica. Si el envase del medicamento especifica la fecha de vencimiento con un mes o año únicamente, el medicamento puede utilizarse hasta el último día del mes.

medidor de capacidad pulmonar máxima	Un dispositivo portátil de mano que se usa para medir con qué intensidad y rapidez el niño libera aire de los pulmones. Las mediciones obtenidas con el medidor de capacidad pulmonar máxima ayudan a los padres del niño y a su médico a controlar el asma. Estas mediciones pueden ser importantes para ayudar al proveedor de atención médica del niño a recetar medicamentos para controlar el asma.
membrana mucosa	Una membrana que recubre vías y cavidades corporales que están conectadas con el exterior del organismo. Por ejemplo, el recubrimiento de la nariz y la boca.
nebulizador	Un dispositivo compresor que transforma un medicamento líquido para inhalación en vapor para que pueda ser aspirado e ingrese en el organismo. Este aparato se usa frecuentemente para el tratamiento del asma en los niños. Ver el Manual 7.5.
niño (no bebé)	Un niño de dieciocho (18) meses o más.
niños con necesidades especiales de atención médica	Niños con una afección física, del desarrollo, conductual o emocional crónica con una duración esperada de 12 meses o más y que requiere un tipo o cantidad de servicios médicos o servicios relacionados superior al que requieren los niños en general. Consulte el Manual 10.4 y la Reglamentación sobre Cuidado Infantil Diurno 413.2(am) del estado de Nueva York.
nombre genérico	El nombre del medicamento que es el mismo al nombre del principio activo del medicamento.
NYS	Siglas de **N**ew **Y**ork **S**tate (Estado de Nueva York).
OCFS	Siglas de **O**ffice of **C**hildren and **F**amily **S**ervices (Oficina de Servicios para Niños y Familias). La OCFS es el organismo del estado de Nueva York responsable de la reglamentación que rige la seguridad y el bienestar de los niños que reciben cuidado infantil en el estado de Nueva York.
OTC	Siglas de **o**ver-**t**he-**c**ounter medication (medicamentos de venta libre).
persona autorizada y con licencia que emite recetas	Una persona con licencia, actualmente registrada y autorizada en virtud de la Ley de Educación del Estado de Nueva York para emitir recetas para medicamentos o tratamientos médicos. También denominada persona que emite recetas. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(al) del estado de Nueva York.
persona que emite una receta	Ver “persona autorizada y con licencia que emite recetas” en este glosario
principio activo	El componente principal de un medicamento que produce el efecto deseado del medicamento.
PRN	Siglas de la palabra latina *pro re nata*, que significa “en caso de necesidad”. Se administran medicamentos PRN cuando un niño tiene síntomas específicos.

prospecto	La información proporcionada en una hoja por separado incluida en el envase o el frasco del medicamento. Incluye los efectos secundarios frecuentes, las precauciones e información sobre su administración. Esta información puede estar impresa directamente en el envase o el frasco del medicamento.
proveedor de atención médica	Un médico, un asistente médico o enfermero con práctica médica con licencia válida en el estado de Nueva York. Consulte el Reglamento de Cuidado Diurno 413.2(q) del estado de Nueva York.
reacción alérgica	Un respuesta inmunitaria a una sustancia extraña potencialmente perjudicial, incluido el medicamento. Las reacciones alérgicas pueden ocurrir cuando el sistema inmunitario responde de manera exagerada a una sustancia llamada alérgeno. Estas reacciones no siempre se presentan la primera vez que el niño entra en contacto con el alérgeno y pueden empeorar con cada exposición.
Registro de Administración de Medicamentos	El formulario aprobado por la OCFS que ofrece un registro escrito por cada medicamento administrado a un niño específico.
relacionada con el trabajo	Una afección crónica caracterizada por una dificultad grave para respirar causada por un espasmo de los bronquios o por una hinchazón de las membranas mucosas originada por una respuesta a un factor desencadenante o a un alérgeno. Ver el Manual 8.1.
síntomas	Signos físicos o conductuales que usted puede observar, escuchar u oler que pueden indicarle que el niño necesita ayuda, lo cual puede incluir administrarle medicamentos.
solicitud de exención	Una solicitud escrita por parte de un programa de cuidado infantil diurno realizada en un formulario aprobado por la OCFS, que tiene como objetivo obtener la aprobación para cumplir con la esencia de la reglamentación de un modo que no esté específicamente escrito en la reglamentación. El programa no puede implementar la exención hasta que la OCFS apruebe la solicitud de exención.
sustancia controlada	Cualquier sustancia que haya sido clasificada por el gobierno federal como de alto potencial de uso indebido. Las normas respecto de las recetas y el almacenamiento de estas sustancias son determinadas por el gobierno federal. Puede obtenerse una lista de sustancias controladas en la Administración de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas (Drug Enforcement Administration). Algunos ejemplos son Ritalin® y la codeína
urticaria	Una afección de la piel caracterizada por picazón y ronchas, originada a causa de una reacción a agentes internos o externos, una infección o una afección nerviosa.
vía de administración	La forma en que el medicamento ingresa en el cuerpo; también denominada método de administración. Ver el Manual 3.4.

¿Cuáles son los *Cinco pasos correctos*?

1. El niño correcto:

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

2. El medicamento correcto

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

3. La dosis correcta

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

4. La vía correcta

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

5. La hora correcta:

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Verificación de los *Cinco pasos correctos*

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

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

El niño correcto

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

El medicamento correcto

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

La dosis correcta

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

La vía correcta

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

La hora correcta:

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

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

Cómo recordar los *Cinco pasos correctos*

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

"**N**ina **M**ira **D**os **V**ideos **H**istóricos"

N.....**N**iño
Mira.....**M**edicamento
Dos .....**D**osis
Videos .....**V**ía
Históricos.....**H**ora

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

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

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 Via Correcto***

7A. Frecuencia de administración: La Hora Correcto (ver N.° 19)

O

7B. Identique 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: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales:

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☐ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa):

10A. Instrucciones especiales: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☐ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe: / /	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /
16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☐ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

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

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí:

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización: / /

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre: / /

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Ejercicio: Encontrar los *Cinco pasos correctos*

Estudio de caso 1: Medicamento de venta libre

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

Drug Facts

Active ingredient	Purpose
Benzocaine 7.5%	Oral pain reliever

Use for the temporary relief of sore gums due to teething in children 2 years of age and older. For use in children under the age of 2, consult a physician or healthcare provider.

Warnings

Allergy alert: do not use this product if your child has a history of allergy to local anesthetics such as procaine, butacaine, benzocaine or other "caine" anesthetics

Do not use ■ more than directed ■ for more than 7 days unless directed by a physician or healthcare provider

When using this product ■ fever and nasal congestion are not symptoms of teething and may indicate the presence of infection. If these symptoms persist, consult your physician.

Stop use and ask a physician if ■ sore mouth symptoms do not improve in 7 days ■ irritation, pain or redness does not go away ■ swelling, rash or fever develops

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

Directions ■ wash hands ■ cut open tip of tube on score mark ■ use your fingertip or cotton applicator to apply a small pea-size amount of Orajel and spread over the gums ■ apply to the affected area up to 4 times daily or as directed by a physician or healthcare provider ■ for children under 2 years of age, consult a physician or healthcare provider

Other information do not use if tube tip is cut prior to opening

Inactive ingredients cellulose gum, flavor, gelatin, mineral oil, pectin, petrolatum, polyethylene glycol, red 40, sodium saccharin

Questions or comments? call us at **1-800-952-5080** M–F 9am–5pm ET or visit our website at **www.orajel.com**

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
Missy Franklin	*4 /3 /XX (6 meses de edad)*	*no se conoce ninguna*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Orajel 7.5%	*Cantidad pequeña, del tamño de un guisante*	*Aplicar en encías rojas o hinchadas*

7A. Frecuencia de administración: _____

O

7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles) *Mayor irritabilidad, fastidio y/o encías rojas, hinchadas y dolorosas; aplicar un máximo de 2 veces al dia mientras se encuentre bajo su cuidado*

8A. Posibles efectos secundarios: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Molestias a causa de la dentición*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☒ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☒ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /
9 /29 /XX	

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Dr. Margaret Valens	*(718) 555-2345*

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Margaret Valens, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23)

19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas especificas para administrar los medicamentos? (*Por ejemplo, ¿escribió el que prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: *Missy Franklin*

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Andrea Franklin	*9 /29 /XX*

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Andrea Franklin*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	*01376 DCC*	*(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	*9 /29 /XX*

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Ejercicio 2.1

Estudio de caso 2: Medicamento recetado

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

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

José Martínez **Fecha de nac.: 11/30/XX**
(914) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

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

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

Recetado por: **Nancy Wallace MD (914) 564-9832**
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
Renovable: 0 veces CANT.:1 Iniciales farm. reg.:RSL
Surtido el:15/7/XX Fecha de orig:15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
José Martinez	*11 /30 /XX (6 años de edad)*	*Polvo, polen*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Albuterol 90 mcg/inh	*2 descargas*	*Por inhalación*

7A. Frecuencia de administración: _____

O

7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles) *Dificultad para respirar, sibilancias y/o falta de aire. Se puede repetir la dosis en cuatro horas, de ser necesario.*

8A. Posibles efectos secundarios: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Asma*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☒ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☒ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /
7 /15 /XX	

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Dr. Nancy Wallace	(718) 564-9832

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Nancy Wallace, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: *José Martinez*

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Alicia Martinez	*7 /15 /XX*

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Alicia Martinez*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	*01376 DCC*	*(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	*9 /29 /XX*

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a): *Ver el plan de atención médica individual*

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X *Nancy Wallace, MD*

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Ejercicio: Encontrar los *Cinco pasos correctos*
RESPUESTAS

Estudio de caso 1: Medicamentos de venta libre

Medicamento

Niño

Drug Facts

Active ingredient Benzocaine 7.5%	**Purpose** Oral pain reliever

Use for the temporary relief of sore gums due to teething in children 2 years of age and older. For use in children under the age of 2, consult a physician or healthcare provider.

Warnings

Allergy alert: do not use this product if your child has a history of allergy to local anesthetics such as procaine, butacaine, benzocaine or other "caine" anesthetics

Do not use ■ more than directed ■ for more than 7 days unless directed by a physician or healthcare provider

When using this product ■ fever and nasal congestion are not symptoms of teething and may indicate the presence of infection. If these symptoms persist, consult your physician.

Stop use and ask a physician if ■ sore mouth symptoms do not improve in 7 days ■ irritation, pain or redness does not go away ■ swelling, rash or fever develops

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

Directions ■ wash hands ■ cut open tip of tube on score mark ■ use your fingertip or cotton applicator to apply a small pea-size amount of Orajel and spread over the gums ■ apply to the affected area up to 4 times daily or as directed by a physician or healthcare provider ■ for children under 2 years of age, consult a physician or healthcare provider

Other information do not use if tube tip is cut prior to opening

Inactive ingredients cellulose gum, flavor, gelatin, mineral oil, pectin, petrolatum, polyethylene glycol, red 40, sodium saccharin

Questions or comments? call us at **1-800-952-5080** M–F 9am–5pm ET or visit our website at **www.orajel.com**

Dosis

Hora / Vía

1. El niño correcto: *Missy Franklin*
2. El medicamento correcto: *Orajel 7.5%*
3. La dosis correcta: *cantidad pequeña del tamaño de una arveja*
4. La vía correcta: *Aplicar en encías rojas o hinchadas. (La etiqueta especifica "según las indicaciones", por lo tanto, debe seguir las instrucciones del proveedor de atención médica cuando verifique la vía de administración adecuada).*
5. La hora correcta: *Cuando Missy muestre tres síntomas: mayor irritabilidad, fastidio o encías rojas, hinchadas y dolorosas a causa de la dentición. (La etiqueta especifica "según las indicaciones", por lo tanto, debe seguir las instrucciones del proveedor de atención médica cuando verifique el momento adecuado).*

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

Niño

Medicamento

Duración

Dosis

Vía

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
Missy Franklin	*4 /3 /XX (6 meses de edad)*	*no se conoce ninguna*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Orajel 7.5%	*Cantidad pequeña, del tamño de un guisante*	*Aplicar en encías rojas o hinchadas*

7A. Frecuencia de administración: _____

O

7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles) *Mayor irritabilidad, fastidio y/o encías rojas, hinchadas y dolorosas; aplicar un máximo de 2 veces al dia mientras se encuentre bajo su cuidado*

8A. Posibles efectos secundarios: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Molestias a causa de la dentición*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☒ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☒ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /
9 /29 /XX	

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Dr. Margaret Valens	*(718) 555-2345*

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Margaret Valens, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: *Missy Franklin*

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Andrea Franklin	*9 /29 /XX*

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Andrea Franklin*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	*01376 DCC*	*(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	*9 /29 /XX*

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Estudio de caso 2: Medicamento recetado

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

Niño

José Martínez **Fecha de nac.: 11/30/XX**
(914) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

Medicamento

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

Hora / Vía

Dosis

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

Recetado por: **Nancy Wallace MD (914) 564-9832**
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
Renovable: 0 veces CANT.: 1 Iniciales farm. reg.:RSL
Surtido el:15/7/XX Fecha de orig: 15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

1. El niño correcto: *José Martínez*
2. El medicamento correcto: *albuterol 90 mcg/inh*
3. La dosis correcta: *2 descargas*
4. La vía correcta: *por inhalación mediante un inhalador oral*
5. La hora correcta: *Cuando José muestre estos síntomas: falta de aire, sibilancia, quejas de que tiene dificultad para respirar. (La etiqueta especifica "según las indicaciones", por lo tanto, debe seguir las instrucciones de proveedor de atención médica cuando verifique el momento adecuado).*

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

Niño

Medicamento

Duración

Dosis

Vía

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
José Martinez	*11 /30 /XX (6 años de edad)*	*Polvo, polen*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Albuterol 90 mcg/inh	*2 descargas*	*Por inhalación*

7A. Frecuencia de administración: _____

O

7B. Identique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: (signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles) *Dificultad para respirar, sibilancias y/o falta de aire. Se puede repetir la dosis en cuatro horas, de ser necesario.*

8A. Posibles efectos secundarios: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Asma*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☒ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☒ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /
7 /15 /XX	

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Dr. Nancy Wallace	(718) 564-9832

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Nancy Wallace, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: *José Martinez*

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Alicia Martinez	*7 /15 /XX*

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Alicia Martinez*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	*01376 DCC*	*(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	*9 /29 /XX*

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a): *Ver el plan de atención médica individual*

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X *Nancy Wallace, MD*

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

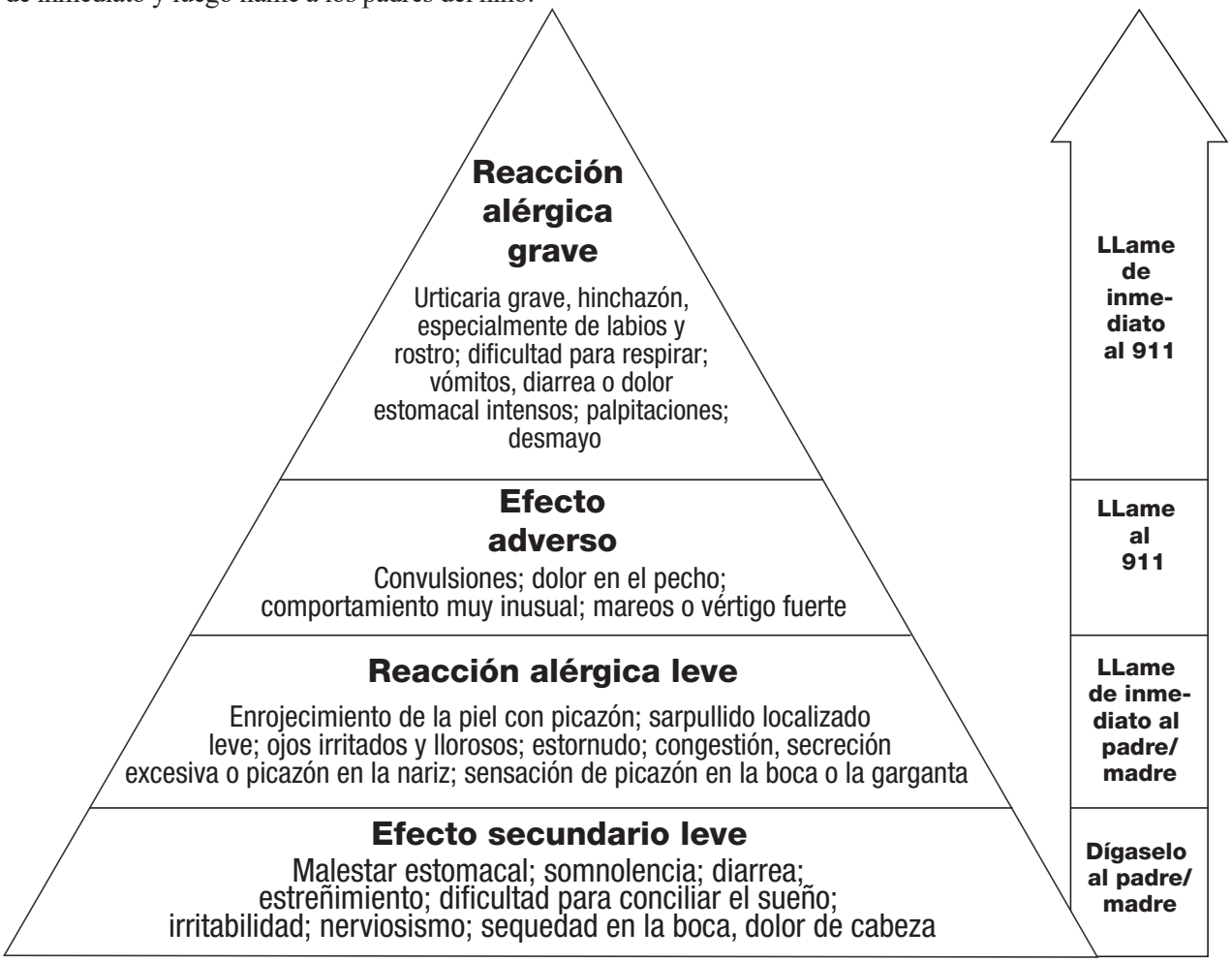
Efectos de los medicamentos

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

Los medicamentos pueden administrarse para:

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

Los medicamentos producen efectos en el organismo del niño. Estos efectos pueden ser deseados (efecto deseado), no deseados o, incluso, peligrosos. Cada vez que un niño bajo su cuidado toma medicamentos, obsérvelo y preste atención para ver si el niño actúa en forma rara o se siente diferente a lo normal. Si nota algún cambio, comuníquese con los padres del niño. Estos cambios podrían ser efectos no deseados del medicamento. Si el niño tiene una reacción grave y un efecto adverso a causa de un medicamento, llame al 911 de inmediato y luego llame a los padres del niño.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Vías de administración de medicamentos

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

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

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

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

- Por el recto
- Por la vagina
- Por inyección

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

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

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

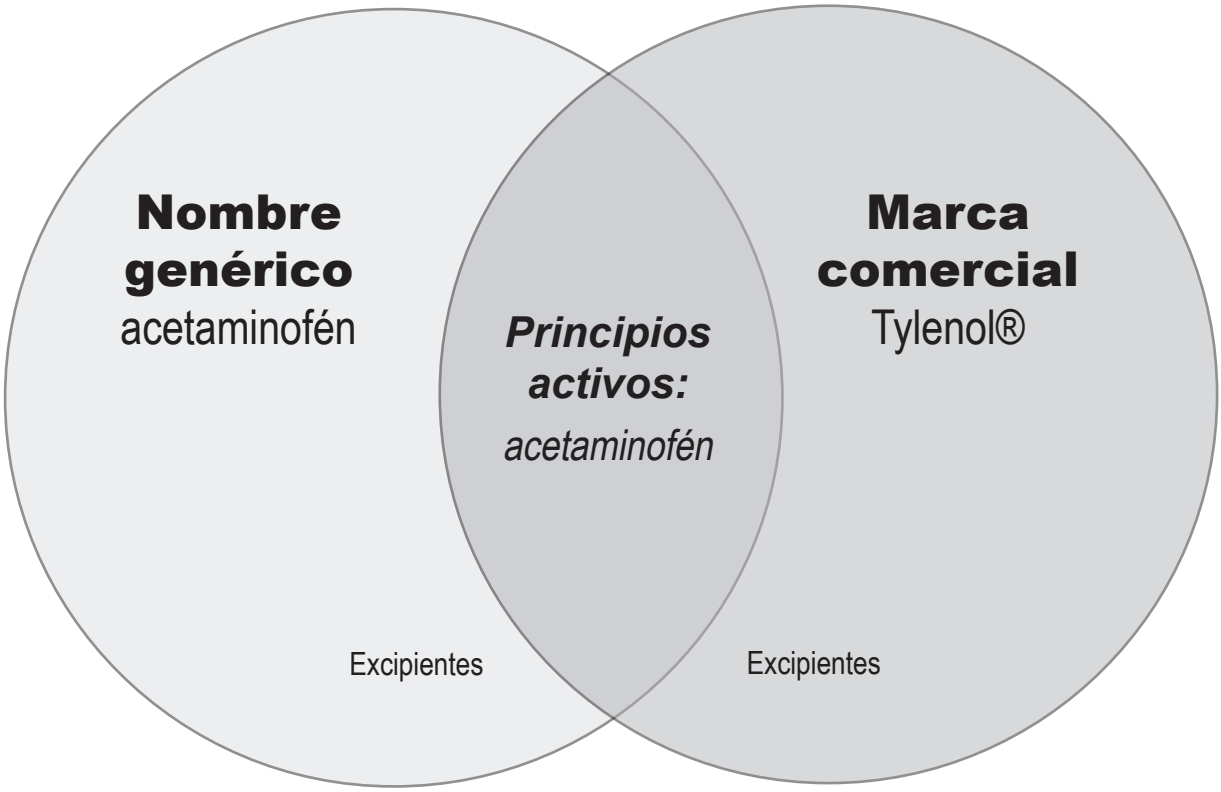
Vía	Formas del medicamento	¿Qué tan rápido comienza a actuar el medicamento?
3. Los medicamentos inhalados se aspiran por la nariz o la boca.	Los medicamentos que se aspiran por la nariz pueden administrarse mediante: • aerosol • gotas • nebulizador	En general, comienzan a actuar a los 5 o 10 minutos.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

Tipos de medicamentos

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

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

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



Ejercicio: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos

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

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

HOJA DE INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

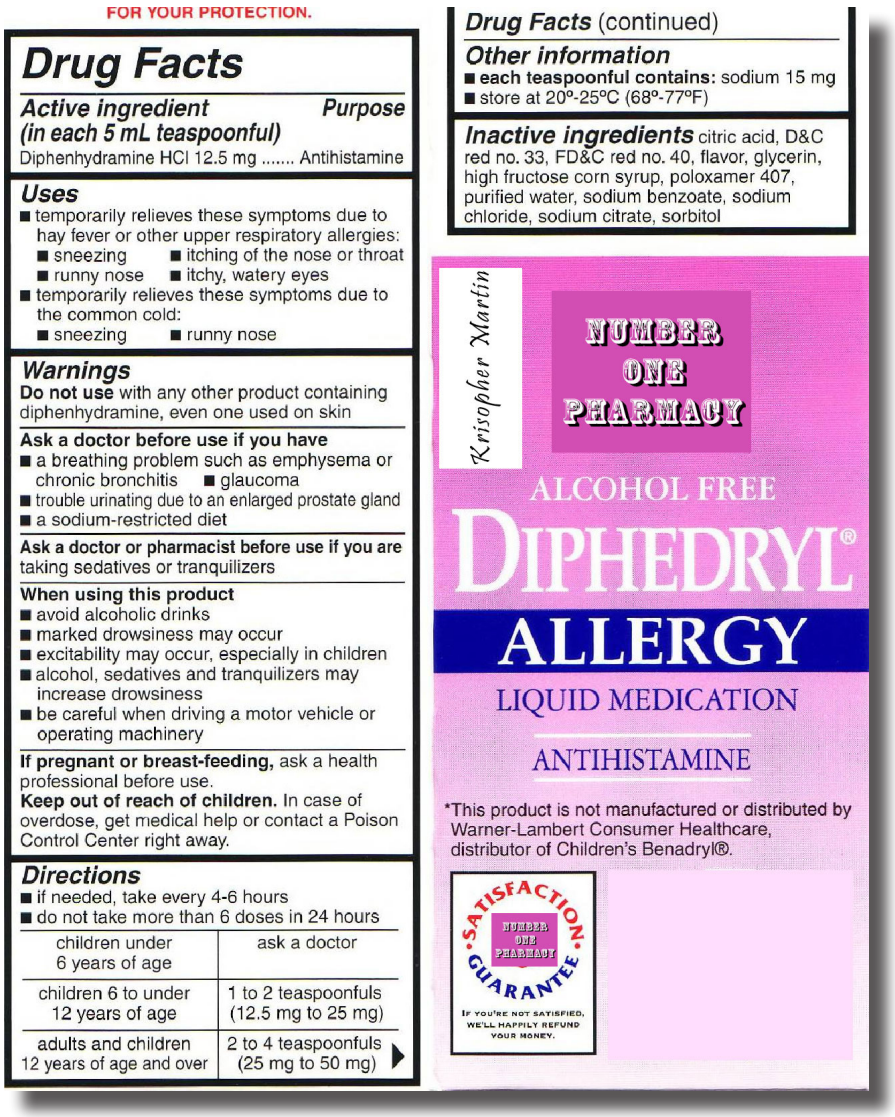
1. En la Hoja de Información sobre Medicamentos, marque con un círculo los efectos secundarios que Carmen podría padecer a causa de la amoxicilina.
2. Carmen le dice que no se siente bien y que le empezó a doler la panza aproximadamente una hora después de que le administró la amoxicilina. ¿Qué debe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

_____

_____

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

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



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
  - 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

Krispher Martin

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.

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

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

   _____

   ¿Qué debe hacer? _____

Ejercicio: Identificación de los tipos de medicamentos

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

Ejemplo 1

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

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

3. ¿Cuál es su principio activo?

Ejemplo 2

Pharmacy Inc. #0012 **Tel: 212-555-0102**
100 Main Street, Nueva York, NY 10068
Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown Fecha de nac.: 04/06/XX
(718) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)

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

Recetado por: **Nancy Wallace MD (718) 564-9832**
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
Renovable: 0 veces CANT.: 1 inyector Iniciales farm. reg.:RSL
Surtido el:15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

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

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

Ejercicio: Cómo tratar los efectos causados por los medicamentos
RESPUESTAS

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

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

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

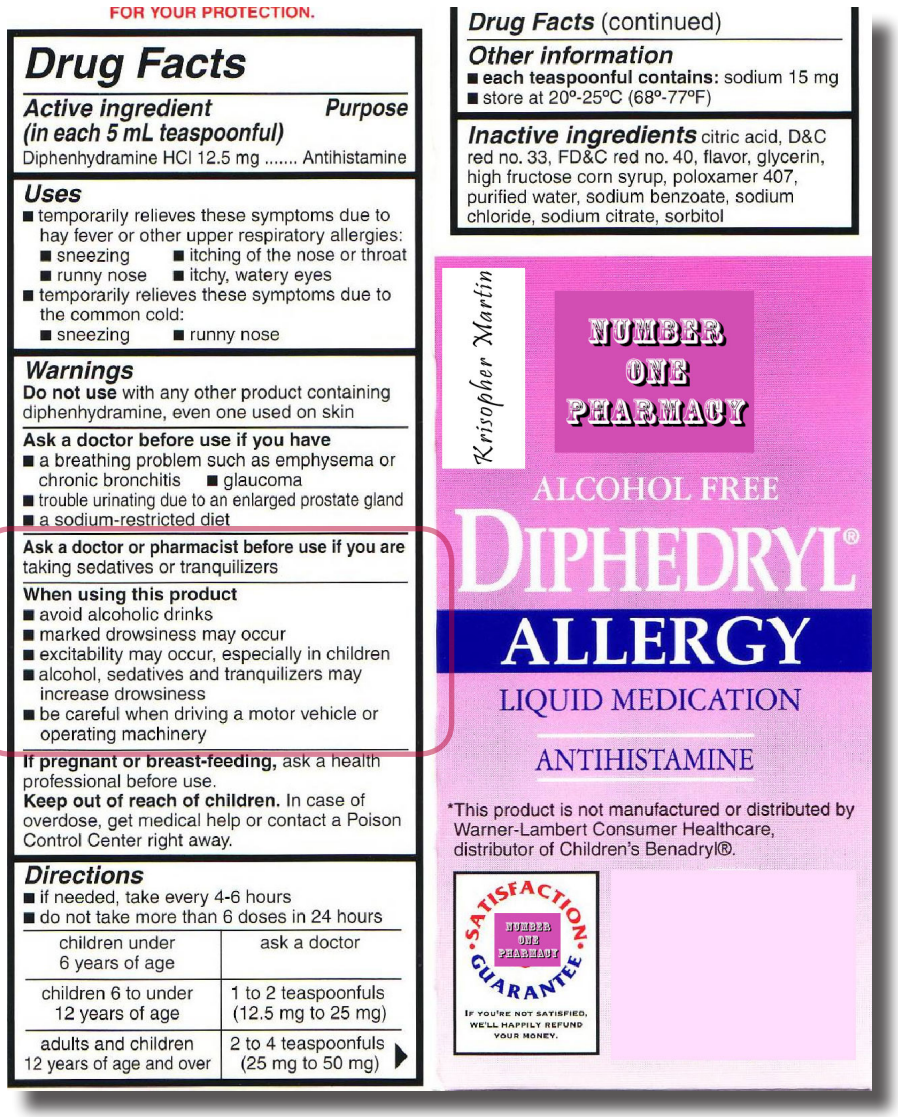
1. En la Hoja de información sobre medicamentos, marque con un círculo los efectos secundarios que Carmen podría padecer a causa de la amoxicilina.

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

   Consulte el Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos de Carmen para conocer las instrucciones del proveedor de atención médica (casilla 9 del formulario). Además, comuníquese con los padres de Carmen y escriba en su Registro de Administración de Medicamentos (en la columna de Efectos Secundarios) que Carmen siente malestar estomacal.

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

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



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
  - 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

Krisopher Martin

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

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

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

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

2. Aproximadamente 30 minutos después de administrarle el medicamento a Kristopher, el niño se vuelve hiperactivo y tiene problemas para calmarse. ¿Por qué piensa que puede pasar esto?

Es posible que se trate de un efecto secundario del medicamento.

¿Qué debe hacer? *Consulte el Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos de Kristopher para conocer las instrucciones del proveedor de atención médica (casilla 9 del formulario). Comuníquese con los padres de Kristopher y sugiérales que se comuniquen con el médico. Además, debe indicar en su Registro de Administración de Medicamentos (en la columna de Efectos Secundarios) el efecto secundario que usted vio y anotar que usted se comunicó con sus padres.*

Ejercicio: Identificación de los tipos de medicamentos
RESPUESTAS

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

Ejemplo 1

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

Medicamento de venta libre. No tiene una etiqueta de la farmacia. Las instrucciones no son específicas para un niño determinado. Puede comprarlo en la farmacia sin necesidad de una receta firmada por una persona autorizada y con licencia para emitir recetas médicas.

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

Marca comercial. El envase dice Tylenol y tiene el símbolo ® al lado del nombre.

3. ¿Cuál es su principio activo?

Acetaminofén

Ejemplo 2

Pharmacy Inc. #0012 **Tel: 212-555-0102**
100 Main Street, Nueva York, NY 10068
Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown Fecha de nac.: 0/0/XX
(718) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

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

Recetado por: **Nancy Wallace MD (718) 564-9832**
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
Renovable: 0 veces CANT.: 1 inyector Iniciales farm. reg.:RSL
Surtido el:15/7/XX Fecha de orig.:15/7/XX Fecha de vencimiento:15/7/XX

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

Medicamento recetado. El envase del medicamento tiene una etiqueta de la farmacia y es para un niño en especial, Michael Brown.

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

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

¿Qué permisos e instrucciones necesito para administrar el medicamento?

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

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

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

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

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

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

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

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

continúa en la página siguiente ▶

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

Excepciones para permisos e instrucciones

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

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

2. En el caso de niños de dieciocho (18) meses de edad en adelante, a los medicamentos recetados, medicamentos orales de venta libre, parches medicados y gotas o aerosoles nasales, para ojos y oídos, los puede administrar un proveedor de cuidado, con permiso verbal de los padres *únicamente por un día*.

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

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

Aceptación de instrucciones verbales:

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

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

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento: / /	3. Alergias conocidas del niño(a):

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:

7A. Frecuencia de administración: _____

O

7B. Identique 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: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales:

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☐ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☐ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☐ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe: / /	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*: / /

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☐ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí:

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización: / /

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre: / /

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Abreviaturas médicas frecuentes

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

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

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

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

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

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

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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)
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

Notas: _____

Buena documentación

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

A continuación se incluyen algunos consejos para una buena documentación:

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

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

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VERBAL Y ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO

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

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

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:	

6A. Posibles efectos secundarios: ☐ Vea el informante del paquete para una lista completa de posibles efectos secundarios (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete).

Y/O

6B: Efectos secundarios adicionales:

7. ¿Qué acción debería tomar el programa si se notan efectos secundarios?:

- ☐ Contacte al padre/madre.
- ☐ Contacte al que prescribe el medicamento, llamando al número de teléfono provisto.
- ☐ Otro (describa): _____

8A. Instrucciones especiales: ☐ Vea el informante del paquete para una lista completa de instrucciones especiales (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete).

Y/O

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.

También describa situaciones en las que el medicamento no debería ser administrado:

9. Nombre del proveedor(a):	10. Número de licencia/registro:	11. Número de teléfono del programa:

12. Yo, _____ recibí permiso de verbal de _____
(nombre del proveedor(a) de cuidado) (padre/madre del niño(a))

para administrar el medicamento el ____/____/____.
(fecha autorizada para darse)

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.

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

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, dí permiso verbal al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento indicado anteriormente el

/ / _____.
(fecha)

Firma del padre/madre:
X

Almacenamiento de medicamentos

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

Medicamentos generales

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

Medicamentos de emergencia

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

Su plan de salud incluirá los lugares donde guardará los medicamentos de su programa. Puede designar más de un lugar. ***Si cambia el lugar donde almacena los medicamentos, debe actualizar su plan de salud.***

Medicamentos refrigerados

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

Sustancias controladas

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

Eliminación el medicamento

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

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

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

Reserva de medicamentos

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

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

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

- Los medicamentos en reserva se deben mantener en un lugar limpio que sea inaccesible para los niños y todo medicamento en reserva debe guardarse separado de los medicamentos específicos para un niño.
- Los medicamentos en reserva deben mantenerse en el envase original y deben tener la siguiente información en la etiqueta o en el prospecto:
  - Nombre del medicamento,
  - Razones para usarlo,
  - Instrucciones de uso, inclusive la forma de administración,
  - Instrucciones de las dosis,
  - Posibles efectos secundarios o reacciones adversas,
  - Advertencias o condiciones bajo las que no es recomendable administrar el medicamento y
  - Fecha de vencimiento.

- Los programas de cuidado infantil que almacenen medicamentos de venta libre, que no están en empaques de una sola dosis, deben contar con un mecanismo separado para administrar el medicamento a cada niño que lo necesite.

- Después de que se haya usado un dispositivo para un niño específico bajo cuidado, se debe desechar ese dispositivo específico o se puede volver a utilizar exclusivamente para ese niño específico y se le debe poner una etiqueta con el nombre y apellido del niño.

  El programa debe incluir el procedimiento indicado en la política de medicamentos de venta libre en reserva para dispensar el medicamento desde el envase al dispositivo o administrarlo directamente al niño sin contaminar el medicamento en reserva.

- Todos los medicamentos en reserva se deben administrar mediante las técnicas de mejores prácticas de acuerdo con las instrucciones de uso del envase del medicamento.

- Los programas de cuidado diurno no pueden tener medicamentos recetados en reserva.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Aceptación del medicamento

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

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

La tabla continúa en la página siguiente ▶

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

Utensilios de administración y requisitos para el etiquetado de los medicamentos

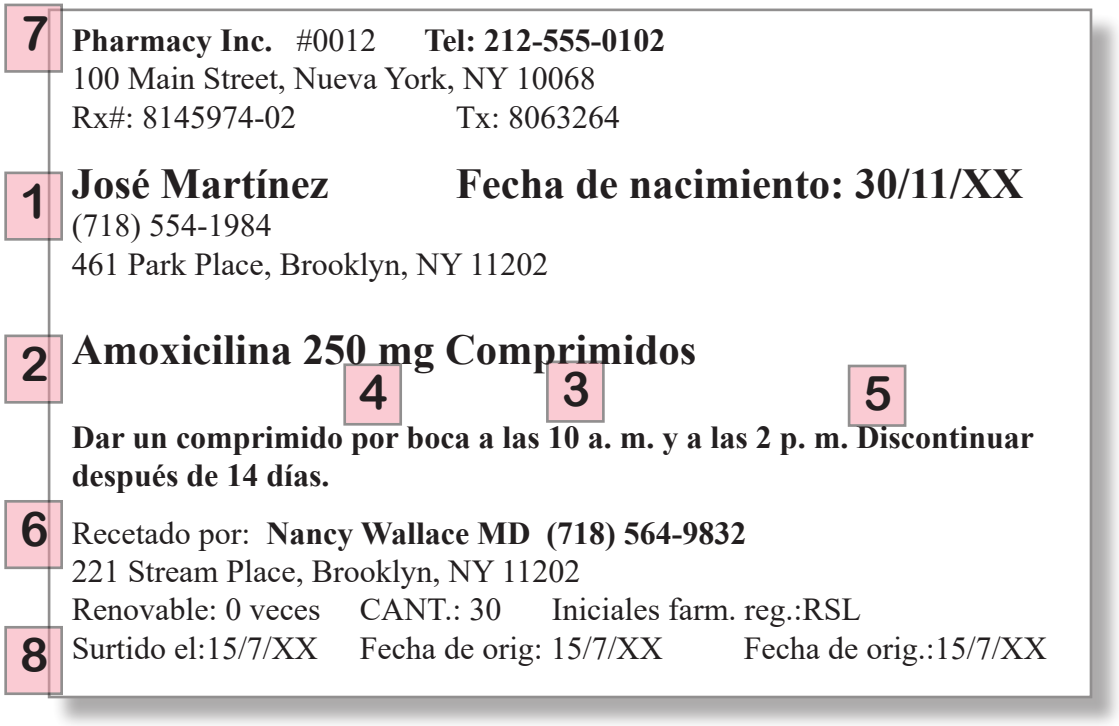
Requisitos de los medicamentos de venta sin receta

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

Requisitos de la etiqueta de los medicamentos recetados

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

1. Nombre y apellido del niño
2. Nombre del medicamento
3. La frecuencia de administración del medicamento
4. Dosis del medicamento
5. Fecha cuando se interrumpirá la administración del medicamento (fecha de discontinuación) o la cantidad de días que se administrará, si corresponde
6. El nombre del proveedor de atención médica que recetó el medicamento
7. El nombre y el teléfono de la farmacia
8. La fecha en que se despachó el medicamento recetado



Medicamento de muestra

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

La etiqueta del medicamento no coincide con el formulario de consentimiento

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

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

- dosis y
- hora o frecuencia.

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Planificación del día

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

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

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Ejercicio: Aceptación del medicamento

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

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

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

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

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

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

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

   ¿Qué más debe hacer?

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
Joshua Liebowitz	*2 /6 /XX(4 años de edad)*	*No se conoce ninguna*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Carbamazepine suspension (100mg/5ml)	*1 cucharadita*	*Oral*

7A. Frecuencia de administración: *12 del mediodía*

O

7B. Identique 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: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Trastorno convulsivo*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☐ No ☒ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☐ No ☒ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*:
10 /13 /XXXX	*4 /13 /XXXX*

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Gary Marchione, MD	*(914) 555-1998*

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Gary Marchione, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: *Missy Franklin*

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Andrea Franklin	*9 /29 /XX*

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Andrea Franklin*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	*01376 DCC*	*(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	*9 /29 /XX*

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

Ejercicio: Aceptación del medicamento
RESPUESTAS

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

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

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

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

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

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

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

   Sí.

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

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

   ¿Qué más debe hacer?

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

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
Joshua Liebowitz	*2 /6 /XX(4 años de edad)*	*No se conoce ninguna*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Carbamazepine suspension (100mg/5ml)	*1 cucharadita*	*Oral*

7A. Frecuencia de administración: *12 del mediodía*

O

7B. Identique 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: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☒ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Trastorno convulsivo*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☐ No ☒ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☐ No ☒ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*:
10 /13 /XXXX	*4 /13 /XXXX*

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Gary Marchione, MD	*(914) 555-1998*

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Gary Marchione, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☐ Sí ☒ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: ***Joshua Liebowitz***

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Gabriel Liebowitz	***10 /14 /XXXX***

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Gabriel Liebowitz*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	***01376 DCC***	***(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Carla Carson	***10 /14 /XXXX***

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a): ***Ver el plan de atención médica individual***

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X *Gary Marchione, MD*

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X *Gary Marchione, MD*

Administración de medicamentos a niños

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

Principios generales de administración del medicamento

Cuando administre el medicamento:

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

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

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

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

Bebés

☺ Hable con voz calma y tranquilizadora.

☺ Escuche música relajante.

☺ Acune al bebé antes y después de administrarle el medicamento.

☺ Adminístrele el medicamento antes de alimentarlo, a menos que las instrucciones del proveedor de atención médica indiquen específicamente que no se administre antes de alimentarlo.

☺ No agregue el medicamento en la fórmula o leche materna.

Niños pequeños

☺ Utilice lenguaje propio de la edad.

☺ Nunca le diga “caramelo” ni “con gusto a caramelo” (por ejemplo, medicamento rosa de amoxicilina con sabor a “goma de mascar”).

☺ Deje que el niño abrace un juguete.

☺ Haga que el niño sienta que controla algo; dígale, por ejemplo, “¿de qué color quieres el vaso?”

☺ Practique administrándole el medicamento a un muñeco o a un animal de peluche.

☺ Planifique que deberá destinar un tiempo antes y después de administrarle el medicamento al niño para calmarlo.

Niños en edad preescolar

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

Niños en edad escolar

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

Situaciones especiales

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

- **Si el niño se rehúsa o usted no puede administrarle el medicamento de manera segura:**
  - No obligue al niño a tomar el medicamento.
  - Notifique a los padres del niño de inmediato.
  - Especifique en el registro del niño que no pudo administrarse la dosis e incluya el motivo.
  - Mire el plan de salud de su programa para conocer alguna medida adicional.

- **Si el niño escupe (o vomita) inmediatamente o exactamente después de recibir el medicamento:**
  - No administre la dosis otra vez.
  - Notifique a los padres del niño tan pronto como sea posible e informe lo sucedido.
  - Escriba en el registro del niño que el niño escupió (o vomitó) parte del medicamento.

- **Si el niño está ausente o no está programado que asista a su programa:**
  - No hace falta que lo escriba en el *Registro de Administración de Medicamentos*, porque no se trata de una dosis omitida.

- **Si no queda más medicamento y los padres no le han dado un nuevo suministro:**
  - Especifique en el registro del niño que no pudo administrarle el medicamento e incluya el motivo.

- **Si los padres le indican que deje de administrarle el medicamento antes de la fecha especificada en el formulario de consentimiento:**
  - Pida a los padres que incluyan la nueva fecha de interrupción del medicamento al dorso del formulario de consentimiento.
  - Devuelva el medicamento a los padres.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Administración de medicamentos de manera segura

Usted conoce la importancia de verificar los ***Cinco pasos correctos*** escritos en el formulario de consentimiento con la información escrita en la etiqueta o el envase del medicamento. Tenga siempre los elementos que puede necesitar *antes* de prepararse. Usted debe hacer coincidir esta información tres veces cuando:

1. Se prepara para administrar el medicamento:

- Mire el libro de registro para cerciorarse de que el niño no haya recibido ya el medicamento.
- Llame al niño que corresponda y cerciórese de que el niño esté listo para recibir el medicamento. Lávese las manos y las del niño.
- Cuando el niño esté listo, lleve su formulario de consentimiento a donde guarda el medicamento y verifique los ***Cinco pasos correctos***.
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ dosis □ vía □ hora
- Cuando saque el medicamento del lugar de almacenamiento, nunca lo deje en un lugar al que tengan acceso los niños.
- Revise las instrucciones y la información del envase para averiguar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento como, por ejemplo, si debe administrarse con las comidas o en ayunas.
- Si no revisó la fecha de vencimiento que está en el consentimiento informado y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
- Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Variarán según la vía de administración y el medicamento. Si es necesario, consulte el envase o el prospecto.

2. Administración del medicamento:

- ❑ Verifique los ***Cinco pasos correctos.***.
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ dosis □ vía □ hora
- Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y el formulario de consentimiento y todas las instrucciones especiales para la forma como administra el medicamento. (Ver los manuales 7.1 – 7.8.)

3. Anotar que administró el medicamento:

- Anote inmediatamente en el registro del niño que le dio el medicamento.
- Verifique los ***Cinco pasos correctos***.
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ dosis □ vía □ hora
- Vuelva a guardar el medicamento en el lugar de almacenamiento.
- Vuelva a lavarse las manos y las del niño.
- Ayude al niño a volver al grupo.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Lavado de manos[1]

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

a) Cuando lleguen, cuando se pase a un niño de un grupo de cuidado a otro y cuando estén sucias

b) Antes y después de:
   - comer, manejar comida o alimentar a un niño
   - administrar un medicamento

c) Después de:
   - cambiar pañales e ir al baño
   - entrar en contacto con líquidos corporales (mocos, sangre, vómito) y limpiar la nariz, la boca y ulceraciones
   - manejar mascotas u otros animales
   - entrar al establecimiento

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

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

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Uso de guantes

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

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

Cómo usar guantes[1]

1. Lávese las manos.
2. Póngase un par de guantes limpios. No reutilice los guantes.

3. Administre el tratamiento o el medicamento o limpie el lugar de preparación del medicamento.
4. Quítese el primer guante tirando de la palma y despojándose del guante. Toda la superficie externa de los guantes se considera sucia. cerciórese de que las superficies sucias sólo toquen superficies sucias.

5. Enrolle el primer guante en la palma de la otra mano enguantada.
6. Use la mano sin guante para quitarse el otro guante sin tocar la parte externa del guante con la mano sin guante. Introduzca un dedo debajo del guante a la altura de la muñeca y empuje el guante hacia arriba y sobre el guante en la palma. La superficie interna del guante y la mano sin guante se consideran limpias. Procure tocar solamente superficies limpias con superficies limpias. No toque la parte externa del guante con la mano sin guante.

7. Ponga los guantes sucios en un recipiente de basura con recubrimiento de plástico.

8. Lávese las manos.

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Limpieza y desinfección [1]

El equipo, los juguetes y los objetos utilizados o tocados por los niños se limpiarán y desinfectarán de la siguiente manera:

1. El equipo que con frecuencia usan o tocan los niños diariamente debe limpiarse y desinfectarse cuando se ensucie y una vez por semana como mínimo.
2. Deben limpiarse las manchas de sangre o fluidos corporales de la alfombra.
3. Las superficies para cambio de pañales deben desinfectarse después de cada cambio.
4. Las mesetas, las mesas y las superficies para la preparación de alimentos (entre ellas las tablas para cortar) deben limpiarse y desinfectarse antes y después de la preparación y el consumo de alimentos.
5. Las bacinillas deben vaciarse y desinfectarse después de cada uso. No deben lavarse en un lavamanos a menos que dicho lavamanos se lave y se desinfecte después de cada uso.
6. Los baños deben mantenerse limpios en todo momento y tener papel higiénico, jabón y toallas descartables accesibles para los niños.
7. Se debe desinfectar de inmediato cualquier superficie que entre en contacto con sangre o fluidos corporales.
8. Los termómetros y los juguetes que los niños se llevan a la boca deben lavarse y desinfectarse antes de que los use otro niño.

Solución desinfectante

La lejía de cloro sin olor es el agente desinfectante que se usa más comúnmente, ya que es económico y fácil de conseguir. El Código Sanitario Estatal mide la solución desinfectante en "partes por millón"; sin embargo, usted puede obtener la concentración correcta de desinfectante sin tener que comprar ningún equipo en especial. Siga estos dos pasos simples: (1) lea la etiqueta del envase de lejía y (2) use medidas domésticas comunes.

Lea la etiqueta

El hipoclorito de sodio es el principio activo de la lejía de cloro. La cantidad de este principio activo puede variar según las diferentes marcas de lejía: *las mediciones que se incluyen en este Manual corresponden a la lejía que contiene entre el 6% y el 6.15% de hipoclorito de sodio*. El único modo de saber qué cantidad de hipoclorito de sodio contiene la lejía es leer la etiqueta. Antes de comprar la lejía, siempre lea el frasco para determinar su concentración. *Si no se especifica la concentración, no debe comprar el producto.*

Utilice medidas domésticas comunes

Si usa lejía que contenga entre *6% y 8.25% de hipoclorito de sodio*, prepare dos soluciones estándares recomendadas de lejía para aplicar en superficies no porosas o rígidas y una solución por separado para remojar los juguetes que los niños se han llevado a la boca. Ponga siempre etiquetas en cada botella que especifiquen la mezcla y el propósito correspondientes. Manténgalos fuera del alcance de los niños. Las mediciones de cada tipo de solución desinfectante se especifican en la siguiente página.

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

SOLUCIÓN DE LEJÍA EN AEROSOL N° 1 para las superficies en contacto con alimentos

Emplee los siguientes procedimientos para limpiar y desinfectar superficies no porosas, como mesas, mesetas y superficies en contacto con alimentos:

1. Lave la superficie con agua y jabón.
2. Enjuague hasta que el agua salga limpia.
3. Atomice una solución de ***½ cucharadita de lejía en ¼ de galón de agua*** sobre la superficie hasta que brille.
4. Deje reposar por 2 minutos.
5. Seque con una toalla de papel o dejar secar al aire.

SOLUCIÓN DE LEJÍA EN AEROSOL N° 2 en las superficies de cambio de pañales o superficies que hayan sido contaminadas con sangre o fluidos corporales

Use los siguientes procedimientos para limpiar y desinfectar las superficies de cambio de pañales o las superficies que han sido contaminadas con sangre o fluidos corporales:

1. Póngase guantes.
2. Lave la superficie con agua y jabón.
3. Enjuague con agua corriente hasta que el agua corra limpia.
4. Atomice una solución de ***1 cucharada de lejía en ¼ de galón de agua sobre la superficie*** hasta que brille.
5. Deje reposar por 2 minutos.
6. Seque con una toalla de papel o dejar secar al aire.
7. Deseche los elementos contaminados usados para limpiar en una bolsa plástica y segura.
8. Quítese los guantes y desecharlos en un bote de basura con recubrimiento de plástico.
9. Lave las manos cuidadosamente con agua corriente y jabón.

SOLUCIÓN CON LEJÍA PARA REMOJAR usada para desinfectar los juguetes que los niños se han llevado a la boca

Emplee los siguientes procedimientos para limpiar y desinfectar los juguetes que los niños se han llevado a la boca:

1. Lave los juguetes en agua tibia con jabón, utilizando un cepillo para limpiar las hendiduras y en los lugares difíciles de alcanzar.
2. Enjuague con agua corriente hasta que el agua corra limpia.
3. Deje los juguetes en remojo en una solución de ***1 cucharadita de lejía en 1 galón de agua.***
4. Remoje durante 5 minutos.
5. Enjuague con agua fresca.
6. Deje secar los juguetes al aire.

Cuando se desinfecten equipos, juguetes y superficies sólidas, el programa utilizará: (marque todas las que correspondan)

- ❑ producto registrado - EPA
- ❑ solución de lejía preparada a diario
  - ★ *Solución en aerosol N° 1: ½ cucharadita de lejía en ¼ de galón de agua*
  - ★ *Solución en aerosol N° 2: 1 cucharada de lejía en ¼ de galón de agua*
  - ★ *Solución para limpiar: 1 cucharadita de lejía en 1 galón de agua*

Aplicación de medicamentos de uso tópico

Los medicamentos de uso tópico tienen muchas presentaciones:

- geles
- cremas
- ungüentos
- aerosoles

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Aplicación de parches medicados

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

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

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

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

Siga los siguientes principios cuando retire el parche medicado:

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Administración de medicamentos por boca

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Medición de medicamentos líquidos

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

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

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

Si utiliza una TAZA DE DOSIFICACIÓN:

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

Si está usando una CUCHARA DE DOSIFICACIÓN:

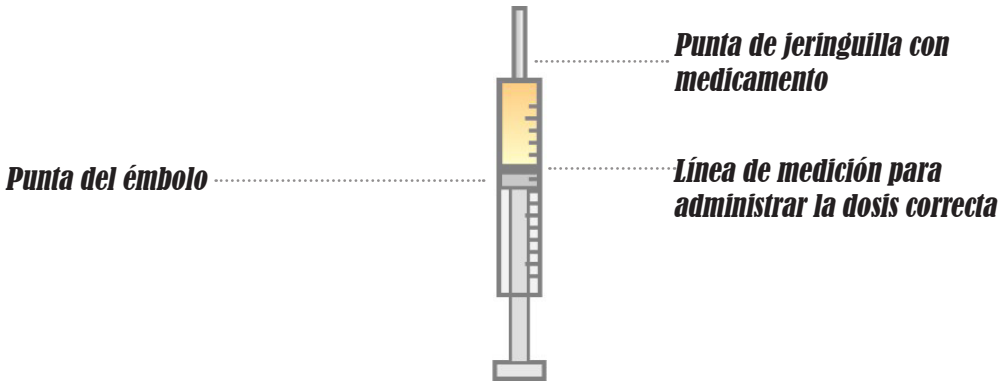
- Verifique la dosis de medicamento a la altura de los ojos.
- Limpie todo exceso de medicamento que haya quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara de dosificación para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.
- Vierta un poco de agua en la cuchara después de administrar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

Si está usando una JERINGUILLA PARA MEDICAMENTOS ORALES:

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

    —*O*—

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



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

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

Limpieza de los utensilios para administrar medicamentos

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Administración de medicamentos inhalados por boca

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

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

Inhaladores de dosis medida: (MDI)

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

Cuando usa un inhalador de dosis medida (MDI)

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

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

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

Nebulizadores

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

Cuando utilice un nebulizador

- Aprenda antes a ensamblar las partes del nebulizador y usar el dispositivo.
- Verifique que tenga todas las partes del nebulizador.
- Encienda el aparato para cerciorarse de que funciona.

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

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

Compartir aparatos nebulizadores

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

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

Administración de medicamento por inhalación por la nariz

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

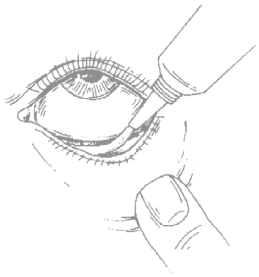
Administración de medicamentos en los ojos

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

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

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

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



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Administración de medicamentos en el oído

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

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

ó ***Para niños menores de 3 años:*** Sostenga el lóbulo y suavemente tire hacia abajo y hacia atrás.

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Situación para practicar habilidades: Administración de medicamentos líquidos por boca

Situación

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

- Este formulario debe ser completado en el idioma en que el proveedor(a) de cuidado sepa leer y escribir.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario de consentimiento.
- Este formulario o un formulario equivalente aprobado puede usarse cuando se requiera un consentimiento escrito para administrar medicamentos a un niño ya sea de la persona autorizada para prescribir con licencia y del padre o la madre.

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

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento:	3. Alergias conocidas del niño(a):
Michelle Lewis	*9 /19 /XX (3 años de edad)*	*No se conoce ninguna*

4. Nombre del medicamento (incluso la dosis):	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
Amoxicilina en suspensión 250mg/5ml	*1 cucharadita*	*Oral*

7A. Frecuencia de administración: *2 p.m.*

O

7B. Identique 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: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (padre/madre debe proveer).

Y/O

8B: Efectos secundarios adicionales: _____

9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?

☒ Contactar al padre/madre. ☐ Contactar al que prescribe el medicamento al número de teléfono de abajo.

☐ Otro (describa): _____

10A. Instrucciones especiales: ☐ Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles (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): *Infección del oído*

12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, del desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?

☒ No ☐ Sí Si marcó sí, complete #33 - #34, en el reverso de este formulario.

13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?

☒ No ☐ Sí Si marcó "sí," complete #35-#36 en el reverso de este formulario.

14. Fecha autorizada por el que prescribe:	15. Fecha de discontinuación o número de días a darse *(fecha no puede exceder 6 meses de la fecha autorizada o esta orden no será válida)*:
10 /1 /XXXX	*10 /15 /XXXX*

16. Nombre del que prescribe (letra de imprenta):	17. Número de teléfono del que prescribe:
Nancy Wallace, MD	*(914) 564-9832*

18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir:

X *Nancy Wallace, MD*

OCFS-LDSS-7002-S (5/2014) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA MEDICAMENTOS

PADRE/MADRE/TUTOR(A) 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 prescribió la hora de 12 p.m.?*): ☒ Sí ☐ N/A ☐ No

Indique las horas específicas en las que el programa de cuidado diurno debe administrar el medicamento (i.e.: 12 p.m.): _____

20. Yo, padre/madre/tutor(a) legal, autorizo al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento como se especifica aquí: ***Michelle Lewis***

21. Nombre del padre/madre o tutor(a) legal (letra de imprenta):	22. Fecha de la autorización:
Anne Lewis	***10 /1 /XXXX***

23. Firma del padre/madre o tutor(a) legal:
X *Anne Lewis*

PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)

24. Nombre del proveedor(a):	25. No. de licencia/registro:	26. No. de teléfono del programa:
ABC Day Care	***01376 DCC***	***(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 proveedor(a) de cuidado infantil (en letra de imprenta):	29. Fecha de recibo del padre/madre:
Anne Barber	***10 /2 /XXXX***

30. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil:
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, un nuevo formulario de consentimiento deberá ser completado.

32. Firma del padre/madre:
X

PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA (#33 - #36), SEGÚN SEA NECESARIO

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar de este niño(a):

34. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

35. 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 en la administración de la prescripción se lleve a cabo.

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 la nueva prescripción haya sido llenada.

36. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:
X

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

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

NOMBRE DEL NIÑO(A): *Michelle Lewis*

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

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

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

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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)
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

Notas: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SUSPENSIÓN DE AMOXICILINA 250/5 ML

NOMBRE GENÉRICO: AMOXICILINA

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

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

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

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

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Cuadro de evaluación para la demostración de habilidades

Recuerde que no puede darle al participante pistas verbales o no verbales mientras está haciendo esta demostración de habilidades. Cada vez que el participante termine cada paso satisfactoriamente, marque √ en la casilla. Si el participante no completa un paso, deje la casilla en blanco. Si el participante comete un error mientras realiza un paso, escriba sus observaciones.

Nombre de la persona que hace la demostración: _____
Intento ❑ 1.° ❑ 2.°

Nombre de la persona que hace la evaluación: _____

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

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

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

CALIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE:

❑ Aprobado

❑ Reprobado (*Explicar:* _____)

❑ Incompleto (*Explicar:* _____)

Firma del evaluador: _____

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

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

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

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

El niño correcto

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

El medicamento correcto

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

La vía correcta

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

La dosis correcta

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

La hora correcta:

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

Herramientas para practicar habilidades: Administración de medicamentos de manera segura

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

1. Se prepare para administrar el medicamento:

- ❑ Mire el libro de registro para cerciorarse de que el niño no haya recibido ya el medicamento.
- ❑ Llame al niño que corresponda y cerciórese de que el niño esté listo para recibir el medicamento.
- ❑ Lávese las manos y las del niño.
- ❑ Cuando el niño esté listo, lleve su formulario de consentimiento a donde guarda el medicamento y verifique los ***Cinco pasos correctos***.
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ vía □ dosis □ hora
- ❑ Cuando saque el medicamento del lugar de almacenamiento, nunca lo deje en un lugar al que tengan acceso los niños.
- ❑ Revise las instrucciones y la información del envase para averiguar si hay instrucciones especiales para administrar el medicamento como, por ejemplo, si debe administrarse con las comidas o en ayunas.
- ❑ Si no revisó la fecha de vencimiento que está en el consentimiento informado y en el medicamento al comienzo del día, hágalo ahora.
- ❑ Siga las instrucciones para preparar el medicamento. Variarán según la vía de administración y el medicamento. Si fuera necesario, consulte el envase o el prospecto.

2. Administración del medicamento:

- ❑ Verifique los ***Cinco pasos correctos.***
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ vía □ dosis □ hora
- ❑ Administre el medicamento siguiendo las instrucciones escritas en el envase y el formulario de consentimiento y todas las instrucciones especiales para la forma de administrar el medicamento. (Ver los manuales 7.1 – 7.8.)

3. Anotar que administró el medicamento:

- ❑ Anote inmediatamente en el registro del niño que le dio el medicamento.
- ❑ Verifique los ***Cinco pasos correctos.***
  □ nombre completo del niño □ medicamento □ vía □ dosis □ hora
- ❑ Vuelva a guardar el medicamento en el lugar de almacenamiento.
- ❑ Vuelva a lavarse las manos y las del niño.
- ❑ Ayude al niño a volver al grupo.

Herramientas para practicar habilidades: Medición de medicamentos líquidos

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

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

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

Si utiliza una TAZA DE DOSIFICACIÓN:

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

Si está usando una CUCHARA DE DOSIFICACIÓN:

Verifique la dosis de medicamento a la altura de los ojos.

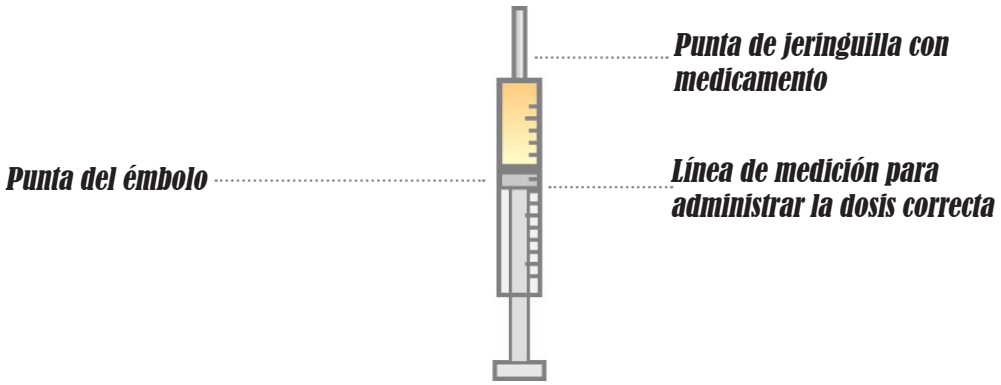
- Limpie todo exceso de medicamento que haya quedado en la parte exterior o en el borde de la cuchara de dosificación para cerciorarse de que está administrando la dosis correcta.
- Vierta un poco de agua en la cuchara después de administrar el medicamento, hágala girar para desprender el medicamento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

Si está usando una JERINGUILLA PARA MEDICAMENTOS ORALES:

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

    —*O*—

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



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

Limpieza de los utensilios para administrar medicamentos

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información sobre el asma

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

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

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

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

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

Signos y síntomas de un episodio de asma:

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

Tratamiento de un episodio de asma:

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

Tratamiento para el asma

Medicamentos usados para tratar el asma.

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

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

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

Modos de administrar medicamentos para el asma

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

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

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

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

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

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

Medidor de capacidad pulmonar máxima

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Ejemplo de un plan de salud para un niño con asma

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

Este plan tiene como objetivo que usted sepa los factores desencadenantes de la afección en el niño, los primeros signos de advertencia y los síntomas de un episodio de asma. Esto incluye información sobre qué debe hacer si el niño sufre un episodio de asma mientras recibe cuidados.

Si el niño toma un medicamento, siga las instrucciones especificadas en el *Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos.*

Factores desencadenantes conocidos de episodios de asma del niño (*haga un círculo en todas las opciones que correspondan*):

- resfríos
- moho
- ejercicio
- polen de los árboles
- polvo
- olores fuertes
- césped
- flores
- agitación
- cambios climáticos
- animales
- humo
- alimentos: _____
- _____
- otros: _____
- _____

Actividades en que el niño ha necesitado atención especial en el pasado (*haga un círculo en todas las opciones que correspondan*):

Al aire libre

- al aire libre en días frescos o ventosos
- saltar sobre hojas de árbol
- animales
- correr mucho
- jardinería
- jugar sobre césped recién cortado
- tratamiento reciente para césped
- otros:_____
- _____

Dentro de las instalaciones

- querosén/estufa a leña
- ambientes con calefacción
- pintura o renovaciones
- proyectos de arte con tiza, goma de pegar
- cuidados de animales
- sentarse sobre alfombras
- otros: _____
- _____

Primeros signos de advertencia de los episodios de asma del niño (*haga un círculo en todas las opciones que correspondan*):

- cambios de humor, como nerviosismo
- respiración rápida
- sibilancia, tos
- capacidad pulmonar máxima
- congestión o goteo nasal
- otros:_____
- _____
- dolor de cabeza
- fatiga
- cambios en las lecturas del medidor de la
- ojos vidriosos, picazón en la garganta o en el mentón
- _____
- _____

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

fatiga	agitación
rostro colorado, pálido o hinchado	fosas nasales muy abiertas
resoplos	boca abierta (jadeo)
respiración rápida	tos persistente
sibilancia	quejas de dolor/tensión en el pecho
excitabilidad	uñas/labios grises o azules
círculos oscuros debajo de los ojos	dificultad para jugar, comer, beber, hablar
pecho/cuello hundido	Otros:_____

Medidor de la capacidad pulmonar máxima

¿El niño usa un **medidor de la capacidad pulmonar máxima** para controlar la necesidad de administración de medicamentos mientras está bajo cuidado? ❑Sí ❑ No

- Mejor lectura personal ..... _____
- Lectura para administrar una dosis extra de medicamento..... _____ (Consulte el *Formulario de Consentimiento Escrito para Medicamentos* para obtener instrucciones).
- Lectura para obtener ayuda médica ..... _____

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

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

Personal

Identifique al personal que brindará cuidados al niño:

Nombre	Credenciales o información sobre licencia profesional*

Describa cualquier capacitación, procedimiento o competencia adicionales que el personal mencionado necesitará para brindar cuidados al niño. Además, describa cómo se logrará esta capacitación y competencia adicionales e incluya quién dará la capacitación Esto incluye capacitación sobre cómo usar un medidor de capacidad pulmonar máxima, en caso de que el niño necesite uno para el tratamiento del asma.

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

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

Firma del Representante Autorizado del Programa:

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

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

Firma del padre, la madre o tutor

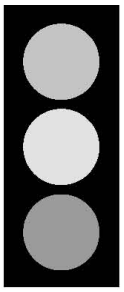
	Fecha:

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

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

Asthma Action Plan

Name	Date
Doctor	Medical Record #
Doctor's Office Phone #: Day	Night/Weekend
Emergency Contact	
Doctor's Signature	



The Colors of a traffic light will help you use your asthma medicines.

Green means **Go Zone!**
Use preventive medicine.

Yellow Means **Caution Zone!**
Add quick-relief medicine.

Red means **Danger Zone!**
Get help from a doctor.

Personal Best Peak Flow _____

GO

You have *all* of these:
- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through the night
- Can work and play

Peak flow from _____ to _____

CAUTION

You have *any* of these:
- First signs of a cold
- Exposure to known trigger
- Cough
- Tight chest
- Mild wheeze
- Coughing at night

Peak flow from _____ to _____

DANGER

Your asthma is getting worse fast:
- Medicine is not helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Ribs show
- Can't talk well

Peak flow reading below _____

Use these daily preventive anti-inflammatory medicines:

MEDICINE	HOW MUCH	HOW OFTEN/WHEN
For asthma with exercise, take:		

Continue with green zone medicine and add:

MEDICINE	HOW MUCH	HOW OFTEN/WHEN

CALL YOUR PRIMARY CARE PROVIDER.

Take these medicines and call your doctor now.

MEDICINE	HOW MUCH	HOW OFTEN/WHEN

GET HELP FROM A DOCTOR NOW! Do not be afraid of causing a fuss. Your doctor will want to see you right away. It's important! If you cannot contact your doctor, go directly to the emergency room. DO NOT WAIT.

Make an appointment with your primary care provider within two days of an ER visit or hospitalization.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Prevención de intoxicación no intencional con medicamentos

Consejos para mantener seguros a los niños:

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

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

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

El número del Centro de Control de Toxicología es:

1-800-222-1222

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Anafilaxia

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

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

Veneno de mordeduras o picaduras de insectos o abejas

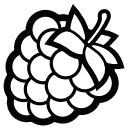
Medicamentos

Pescados y mariscos

Huevos

Leche

Trigo



Bayas o moras

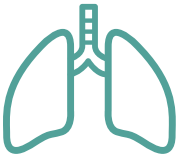
Soja

Látex

¿Qué aspecto tiene la anafilaxia?

Identifique los siguientes síntomas de anafilaxia para poder actuar rápido:

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



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

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

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

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

- Confusión
- Dolor de cabeza

- Vómitos
- Náusea
- Diarrea
- Calambres abdominales intensos

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

¡llame al 911 de inmediato!

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

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

Los autoinyectores de epinefrina se presentan de dos maneras principales:

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

Epi-Pen uso u almacenamiento

Para administrar bien EpiPen®

- Retire el autoinyector del tubo portador transparente: abra la tapa amarilla del tubo portador de EpiPen® o la tapa verde del tubo portador del autoinyector EpiPen Jr®. Incline y deslice el autoinyector fuera del tubo portador.
- Sostenga el autoinyector en el puño con la punta naranja apuntando hacia abajo.
  Nota: la aguja sale de la punta naranja. NUNCA ponga el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta naranja.
- Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad tirando hacia arriba sin doblarla ni girarla.
- Coloque la punta anaranjada contra el medio de la cara externa del muslo en un ángulo (perpendicular) al muslo. Mientras sostiene la pierna firmemente en su lugar, aleje la punta anaranjada de la pierna y haciendo un movimiento rápido empuje firmemente la punta anaranjada contra la cara externa del muslo hasta que haga "clic". Sosténgala firmemente contra el muslo durante aproximadamente 3 segundos (cuente lentamente: 1, 2, 3) para administrar el fármaco. La inyección se ha completado.

Estas instrucciones reflejan las revisiones de mayo de 2016 de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA) y serán diferentes a las instrucciones del paquete para los autoinyectores de epinefrina de EpiPen antes o cerca de esa fecha.

- Retire el autoinyector del muslo. La punta naranja se extenderá para cubrir la aguja. Masajee la zona de la aplicación durante 10 segundos. Busque atención médica de emergencia de inmediato. Es posible que el niño necesite más atención médica. Como los síntomas pueden volver a aparecer, incluso horas más tarde, por más que el niño parezca estar mejor, aún debe recibir atención de emergencia.
- Envíe el autoinyector utilizado al hospital con el niño e incluya la tarjeta de historia clínica del niño.
- El autoinyector utilizado con protección de aguja extendida no cabe en el tubo portador.
- La mayor parte del medicamento líquido queda en el auto-inyector y no puede ser reutilizado. El niño recibió la dosis correcta de medicamento si la punta naranja de la aguja está extendida y la ventana está bloqueada.
- No intente desarmar el autoinyector EpiPen® o EpiPen® Jr.

Almacenar un EpiPen® o EpiPen Jr.®

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

Auvi-Q™ uso u almacenamiento

Para administrar Auvi-Q™ correctamente:

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

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

Recuerde, un autoinyector de epinefrina es un medicamento recetado para un niño específico. Si un niño que usted esté cuidando presenta síntomas de anafilaxia y *no* tiene un autoinyector, obtenga asistencia de emergencia llamando al 911. Usted **NO PODRÁ** usar el autoinyector de un niño para otro niño bajo ninguna circunstancia.

Almacenar un AuviQ™

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

Cómo un niño podría describir una reacción

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

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

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

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

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

FARE
Food Allergy Research & Education

©2015, Food Allergy Research &

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Errores en la administración de medicamentos

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

Los errores en la administración de medicamentos incluyen:

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

Cómo informar sobre un error en la administración de medicamentos

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7005S (11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION

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

NOMBRE DEL PROVEEDOR(A)/ESTABLECIMIENTO:	NUMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:	NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO:
NOMBRE DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A):
FECHA EN LA QUE SE COMETIO EL ERROR DE MEDICACION:		

¿Qué tipo de error ocurrió?:

- ☐ Niño(a) erróneo
- ☐ Medicamento incorrecto
- ☐ Horario incorrecto *(se administró el medicamento más de 30 minutos antes o más de 30 minutos después del horario autorizado)*
- ☐ Dosis incorrecta
- ☐ Vía incorrecta
- ☐ Se le administró un medicamento con fecha expirada
- ☐ Se le olvidó darle el medicamento
- ☐ Fecha de consentimiento expirada
- ☐ Otro _____

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).*

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:

Reviewed 1/2013

Este es un formulario de doble cara.

OCFS-LDSS-7005S (11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION

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

ACCIÓN TOMADA

AGENCIA (OCFS) FUE NOTIFICADA: ☐ Si ☐ No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA NOTIFICADA:
PADRE/MADRE/TUTOR(A) FUE NOTIFICADO(A) (Requisito inmediato): ☐ Sí ☐ 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: ☐ Sí ☐ 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): ☐ Sí ☐ No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): / /	PERSONA NOTIFICADA:

Describa la acción correctiva que se tomó (dé a conocer que se realizará una investigación):

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO (Letras de Imprenta):	FECHA EN LA QUE EL FORMULARIO SE COMPLETO:
FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO: **X**	

Reviewed 1/2013

Administración Independiente de Medicamentos

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

> *"No se permitirá a ningún niño que esté bajo cuidado que se administre los medicamentos de forma independiente, excepto aquellos medicamentos administrados según la sección 41*.11(h)(6) de esta Parte, sin la ayuda y la supervisión directa de los miembros del personal que estén autorizados para administrar medicamentos según la sección 41*.11 de esta Parte. Cualquier programa que elija ofrecer la administración de medicamentos a los niños cuando los niños que asisten al programa se administren los medicamentos de forma independiente o cuando los niños ayuden en la administración de sus propios medicamentos debe cumplir con las disposiciones de la sección 41*.11 de esta Parte".* [41*.11(f)(3)]
>
> "*Cuando se apruebe a un programa para la administración de un inhalador a un niño con asma u otra condición respiratoria diagnosticada, o un autoinyector de epinefrina para anafilaxis, un niño de edad escolar puede llevar y usar estos dispositivos durante el horario del cuidado diurno si el programa consigue el permiso por escrito de tal uso de un proveedor de atención médica debidamente autorizado, el consentimiento de los padres y completa un plan de atención médica especial para el niño".* [41*.11(h)(6)]

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

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Niños con necesidades especiales de atención médica

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

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

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

OCFS-LDSS-7006S (Rev. 11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE CUIDADO DE LA SALUD
PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

En colaboración con el padre/madre del niño(a)/tutor(a) y el proveedor(a) de cuidado de la salud del niño(a), se desarrolló el siguiente plan de salud para satisfacer las necesidades individuales de:

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento del Niño(a):
Nombre del Proveedor(a) de Cuidado de la Salud del Niño(a):	☐ Médico(a) ☐ Asistente Médico(a) ☐ Enfermero(a) Diplomado(a) en Enfermería

Describa las necesidades especiales del cuidado de la salud que tiene este niño(a) y el plan de cuidado según lo identifica el padre/la madre y el proveedor(a) de cuidado del niño(a). Esto debería incluir información completada en la declaración médica durante la inscripción o compartida después de la inscripción.

Identifique al personal del programa que proveerá cuidado al niño(a) con necesidades especiales de salud:

Nombre	Credenciales o Información sobre la Licencia Profesional

Este formulario continúa en el reverso.

OCFS-LDSS-7006S (Rev. 11/2004)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN INDIVIDUAL DE CUIDADO DE LA SALUD
PARA UN NIÑO(A) CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

Continuación

Describa cualquier preparación adicional, procedimientos o destrezas necesarias que fueron identificadas por el personal para llevar a cabo el plan de cuidado de la salud para el niño(a) con necesidades especiales. Esto debe incluir información completada en la declaración médica al momento de la inscripción, o compartida después de ésta. Además, describa cómo obtendrá la preparación y la capacitación necesaria, incluyendo quién proveerá el entrenamiento.

Firma del Representante Autorizado del Programa:

Yo comprendo que es mi responsabilidad cumplir con el plan indicado anteriormente y con las regulaciones de cuidado diurno pertinentes a la salud y al control de infecciones del tipo de cuidado infantil que yo proveo. Este plan fue desarrollado en colaboración con el padre/madre del niño(a) y el proveedor(a) de cuidado de la salud. Yo entiendo que mi responsabilidad es asegurarme de que el personal seleccionado para proveer tratamientos y administrar medicamentos al niño(a) listado en el plan de salud especializado tenga un certificado válido de MAT, CPR y certificaciones apropiadas de primeros auxilios, o que tenga una licencia que lo exima de entrenamiento; y que haya recibido preparación adicional apropiada y haya demostrado competencia para administrar tal tratamiento y medicamentos de acuerdo al plan.

Nombre del Proveedor(a)/Establecimiento:	Número de ID del Establecimiento:	Número de Teléfono del Establecimiento:
Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Diurno Autorizado (letras de imprenta):		Fecha:
Firma del Proveedor(a) de Cuidado Diurno Autorizado:		

Firma del Padre/Madre o Tutor(a):

	Fecha:

Administración de medicamentos fuera del programa

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

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

Para los niños que no se van del establecimiento:

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Botiquín de primeros auxilios

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

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

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

Yoduro de potasio (KI)

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Siguientes pasos

Certificado de MAT

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

Su certificado de MAT:

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

¿Qué ocurre luego?

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

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

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

Actualizaciones de los manuales

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

Vencimiento del certificado

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

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

Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para registrarse para hacer el examen. Deberá recibir su nombre de usuario y contraseña en una carta del programa de MAT entre cuatro y seis meses antes de que venza su certificado.

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

Otros recursos

- Asesor de Atención Médica: _____

  Número de contacto: _____

  Si no conoce al asesor de atención médica de su programa o no sabe cómo comunicarse con él, hable con su director y averigüe cómo puede dar con esa persona.

- Entidad de la OCFS (Oficina de Servicios para Niños y Familias) que le haya otorgado la licencia o matrícula: _____

  Número de contacto: _____

- Programa de Capacitación en Administración de Medicamentos y Programa de Reintegros de MAT:

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

- Otros: _____

  _____

  _____

Cuestionario de MAT acerca de las reacciones

Instructor:_____ **Fecha de hoy:** _____

Utilice este formulario para evaluar el curso de Capacitación en Administración de Medicamentos (MAT) que acaba de hacer. Para nosotros es importante saber si la capacitación satisfizo sus necesidades. Todas las respuestas son anónimas.

Instrucciones: sírvase utilizar la escala que sigue a continuación para indicar en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La capacitación fue de muy buena calidad en general.	⑤	④	③	②	①
2. Los objetivos de la capacitación estuvieron muy claros.	⑤	④	③	②	①
3. La capacitación fue más difícil de lo que esperaba.	⑤	④	③	②	①
4. La duración de la capacitación fue adecuada.	⑤	④	③	②	①
5. El instructor tenía muchos conocimientos acerca del contenido.	⑤	④	③	②	①
6. El instructor estaba bien preparado y bien organizado.	⑤	④	③	②	①
7. Las instalaciones del aula propiciaban el aprendizaje	⑤	④	③	②	①
8. Los materiales y los manuales resultaron muy útiles.	⑤	④	③	②	①
9. Los contenidos de la capacitación se explicaron de manera clara y comprensible.	⑤	④	③	②	①
10. Según la información que recibí en este curso, me siento preparado para administrar medicamentos en el programa de cuidado infantil.	⑤	④	③	②	①
11. Tengo pensado administrar medicamentos en mi programa.	⑤	④	③	②	①

12. ¿Hay alguna información que le hubiese gustado que se analizara durante la capacitación y que lo ayudaría a administrar medicamentos a niños que cuida?

13.¿Tiene alguna sugerencia para acortar la capacitación?

Dorso **Complete los puntos que figuran al dorso** **Dorso**

14. ¿Por qué decidió tomar el curso de MAT?
    - ❑ Me envió mi empleador.
    - ❑ Me lo recomendó quien otorga la licencia/el registro.
    - ❑ Cuido a un niño que necesita medicamentos.
    - ❑ Lo exigieron los padres.
    - ❑ Porque deseo crecer profesionalmente.
    - ❑ Me lo recomendó otro proveedor de cuidado infantil.
    - ❑ Otros: _____

15. ¿Durante cuánto tiempo fue proveedor de cuidado infantil en un programa de cuidado infantil registrado o con licencia?
    - ❑ Durante menos de 6 meses
    - ❑ De 6 meses a 1 año
    - ❑ De 1 a 3 años
    - ❑ De 4 a 5 años
    - ❑ De 5 a 10 años
    - ❑ Durante más de 10 años

16. ¿En qué clase de programa de cuidado infantil trabaja?
    - ❑ Cuidado diurno en familia
    - ❑ Cuidado diurno de un grupo en familia
    - ❑ Centro de cuidado diurno
    - ❑ Programa de cuidado de niños en edad escolar
    - ❑ Programa de cuidado infantil legalmente exento que recibe subsidio del estado.

17. ¿En qué región del estado de Nueva York trabaja?
    - ❑ Buffalo *(condados de Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans y Wyoming)*
    - ❑ Rochester *(condados de Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Seneca, Schuyler, Steuben, Wayne y Yates)*
    - ❑ Syracuse *(condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tioga y Tompkins)*
    - ❑ Albany *(condados de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Otsego, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Warren y Washington)*
    - ❑ Yonkers (*condados de Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester)*
    - ❑ Ciudad de Nueva York *(condados del Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens y Staten Island)*
    - ❑ Long Island *(condados de Nassau y Suffolk)*

18. Edad: _____
19. Nivel más alto de educación:
    - ❑ Inferior al diploma de la escuela secundaria/GED
    - ❑ Diploma de la escuela secundaria/GED
    - ❑ Universitario, sin haber obtenido un título
    - ❑ Asociado de desarrollo infantil (CDA) u otra credencial de cuidado infantil
    - ❑ Título vocacional
    - ❑ Título universitario
    - ❑ Maestría o superior

¡Muchas gracias!