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

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

**PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre y apellido del niño(a): | | 1. Fecha de nacimiento:      /   / | | | | 1. Alergias conocidas del niño(a): | |
| 4. Nombre del medicamento *(incluso la dosis)*: | | | * 1. Cantidad/dosis a darse: | | | | * 1. 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*** | | | | | | | |
| ***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 proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.  Otra *(describa*): | | | | | | | |
| 10A. Instrucciones especiales:  Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales (*padre/madre debe proveer).* Y/O | | | | | | | |
| 10B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente. También describa situaciones en las que no se debe administrar medicamentos). | | | | | | | |
| 11. Razón del medicamento *(a menos que sea confidencial por ley)*: | | | | | | | |
| 12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?  No  Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario. | | | | | | | |
| 13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?  No  Sí Si marcó “sí,” complete #34 - #35 en el reverso de este formulario. | | | | | | | |
| 14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud:     /   / | | | | 15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días:   /   / | | | |
| 16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir *(letra de imprenta)*: | | | | | 17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir: | | |
| 18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: X | | | | | | | |

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

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMLIAS

## formulario de CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS

**PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23)** | | | | | |
| 19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (*Por ejemplo,*  *¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?*):  Sí  N/A  No Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento *(i.e., 12 p.m.)*: | | | | | |
| 20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se especifica en el frente de este formulario *(nombre del niño[a])*: | | | | | |
| 21. Nombre del padre/madre *(letra de imprenta)*: | | 22. Fecha de la autorización:     /   / | | | |
| 23. Firma del padre/madre: X | | | | | |
| PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30) | | | | | |
| 24. Nombre del programa: | 25. No. de ID del establecimiento: | | | 26. No. de teléfono del programa: | |
| 27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno. | | | | | |
| 28. Nombre del personal *(letra de imprenta)*: | | | 29. Fecha recibida del padre/madre:    /   / | | |
| 30. Firma del personal:  **X** | | | | | |
| SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15 | | | | | |
| 31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el: | | | | | /   / |
|  | | | | | (fecha) |
| Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario. | | | | | |
| 32. Firma del padre/madre: **X** | | | | | |
| **PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO** | | | | | |
| 33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): | | | | | |
| 34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción. | | | | | |
| FECHA:    /   / | | | | | |
| Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y *no* seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción. | | | | | |
| 35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:  X | | | | | |