

Formulario de permiso para la administración de medicamentos

10A NCAC 09 .0803 (centros) y .1720 (guarderías familiares en hogares)

Los padres/tutores completan, firman y fechan el Formulario de permiso para la administración de medicamentos. La persona que acepta este formulario deberá adjuntarle el expediente o expedientes de administración de medicamentos.

El permiso es válido desde la fecha de:

Hasta la fecha de:

Complete esta casilla solo si el medicamento es para un niño que tenga una alergia o enfermedad crónica

Este documento es un permiso escrito para administrar este medicamento durante 6 meses como máximo.

Afección alérgica o médica crónica específica: _____

El niño(a) tiene: Plan de acción médico (obligatorio)

Nombre completo del niño(a):

Fecha de nacimiento:

Nombre del medicamento:

Fecha de caducidad:

Al administrar el medicamento (elegir uno):

Administrar el medicamento en estas fechas y horas:

Administrar el medicamento cuando se necesite. Enumerar los síntomas o circunstancias específicos necesarios para administrar el medicamento y cada cuanto se debe administrar. Ejemplo: Si Susana tiene un sarpullido y se está rascando, aplique una pomada. Espere 6 horas antes de volverla a aplicar.

Dosis (cuánto medicamento administrar):

Vía (cómo administrar el medicamento):

Instrucciones especiales para administrar el medicamento:

Posibles reacciones o efectos secundarios:

El niño ha recibido una dosis del medicamento en casa como mínimo, sin reacciones o efectos secundarios.

Nombre del médico que recetó el medicamento:

Teléfono:

Farmacia:

Teléfono:

Doy autorización para que se administre el medicamento y se llame al médico que lo recetó o a la farmacia si es necesario

Nombre de los padres/tutores

Firma de los padres/tutores

Fecha:

El medicamento ha sido recibido, devuelto o desechado:

| Recibido por los padres/tutores | Fecha | Cantidad | Firma de los padres/tutores | Firma del cuidador del niño(a) |
|---------------------------------|-------|----------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | |
| Devuelto a los padres/tutores | Fecha | Cantidad | Firma del cuidador del niño(a) | Firma del testigo |
| | | | | |
| El medicamento se desechó | Fecha | Cantidad | Firma del cuidador del niño(a) | Firma del testigo |
| | | | | |



Registro de administración de medicamentos

10A NCAC 09 .0803 (centros) y .1720 (guarderías familiares en hogares)

La persona que administra el medicamento al niño completa este registro de administración del medicamento. Copie esta página si necesita más renglones para registrar la administración del medicamento. Adjunte la página al permiso para la administración del medicamento.

Si hay un error y el niño necesita atención médica, llame al 9-1-1 o al centro de control de venenos de inmediato.

| Nombre del niño(a): | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|--|-----|---|---|---|
| Nombre del medicamento: | | | | | | |
| Fecha de administración | Hora de administración | Dosis administrada | Vía | Nombre de la persona que administra el medicamento | Firma de la persona que administra el medicamento | Reacción/efecto secundario, si se observa |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Fecha | Hora | Error o problema al administrar el medicamento | | ¿Se notificó a los padres/tutores? | Firma del cuidador del niño(a) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |