

Plan de acción médico del niño

10A NCAC 09 .0801(b) [centros] y .1721(a)(4) [guarderías familiares en hogares]

Si un niño tiene necesidades médicas que requieren servicios médicos especializados, el profesional de la guardería o los padres/tutores deberán completar un plan de acción médico e incluirlo en la solicitud del niño. Este plan deberá actualizarse una vez al año y siempre que haya cambios en la salud o el plan de tratamiento del niño. Se recomienda que los padres no completen ni cambien el plan sin consultar antes con el médico del niño.

El plan de acción médico debe adjuntarse a la solicitud, incluida en el archivo de documentos de acceso rápido.

Los niños con asma, diabetes, convulsiones o alergias deben tener un plan de acción médico para esas afecciones en concreto.

Nombre de la persona que completa el formulario:		Fecha de hoy:
Nombre completo del niño(a):		Fecha de nacimiento:
Nombre de los padres/tutores		Teléfono:
Médico de atención primaria:		Teléfono:
Especialista/terapeuta:	Tipo:	Teléfono:
Especialista/terapeuta:	Tipo:	Teléfono:
Diagnósticos:		
Alergias (alimentos, medicamentos, medio ambiente, insectos u otras):		

Medicamentos

Complete un **Formulario de permiso para la administración de medicamentos** si la guardería va a administrar los medicamentos siguientes.

Complete la tercera página si el niño toma más de dos medicamentos.

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Adaptaciones

Describa las adaptaciones que el niño necesita en las actividades diarias y por qué.

Dieta o modo de alimentación:
Actividades del aula:
Siesta/sueño:
Uso del baño:
Juegos al aire libre o excursiones:

Plan de acción médico del niño

Transporte:

Otra/comentarios:

Equipo/suministros médicos

1.

2.

3.

4.

Atención de emergencia

Llame a los padres/tutores si se presentan los siguientes síntomas:

Llame al 911 (servicios médicos de emergencia) si se presentan los siguientes síntomas y llame a los padres/tutores:

Haga lo siguiente mientras espera a los padres o la ayuda médica:

Sugerencias para la capacitación especial del personal

Si lo completa un profesional médico:

Firma del profesional médico:

Fecha:

Notas de los padres

Firma de los padres/tutores

Fecha:

Plan de acción médico del niño

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		

Nombre del medicamento:		<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en la guardería	<input type="checkbox"/> Medicamento diario que el niño toma en casa	<input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia
Dosis:	Hora/frecuencia:	Vía:		
Instrucciones especiales:	Efectos secundarios:	Motivo de la prescripción:		