

## Informe de errores con medicamentos

10A NCAC 09 .0803 (14) (centros) and .1720 (b)(14) (guarderías familiares en hogares)

La persona involucrada en el error con el medicamento deberá completar las dos páginas de este informe. Guarde el original en el expediente del niño. Adjunte a este formulario una copia del **registro y el permiso de administración del medicamento**.

- En el permiso de administración del medicamento encontrará información y las instrucciones del medicamento.
- En el registro de administración del medicamento encontrará el tipo y la dosis del medicamento.

Nombre del centro:	Número de teléfono:
Persona que administra el medicamento:	Nombre en el aula:
Nombre completo del niño(a):	Fecha de nacimiento:
Medicamento administrado y dosis:	

<p>Fecha del error en el medicamento:</p> <p><b>Tipo(s) de error que ocurrió</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento al niño equivocado</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento equivocado</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento en la fecha equivocada</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento a la hora equivocada</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento por la vía equivocada</li> <li><input type="checkbox"/> Administró la dosis o cantidad equivocada de medicamento</li> <li><input type="checkbox"/> Se olvidó de administrar el medicamento</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento sin el permiso escrito de los padres/tutores</li> <li><input type="checkbox"/> Administró el medicamento cuando ya había vencido el permiso escrito</li> <li><input type="checkbox"/> Administró un medicamento que había caducado</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</li> </ul>	<p>Hora del error en el medicamento:</p> <p><b>Observaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No se ha observado ningún cambio</li> <li><input type="checkbox"/> Describa los cambios en la conducta del niño: _____</li> </ul> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fiebre _____ ° F</td> <td><input type="checkbox"/> Tos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrea</td> <td><input type="checkbox"/> Dificultad al respirar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vómitos</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio de color de los labios o la cara</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor de estómago</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Picores</td> <td><input type="checkbox"/> Llanto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Irritación/sarpullidos</td> <td><input type="checkbox"/> Quejidos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sudores</td> <td><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad al orinar</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Fiebre _____ ° F	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Cambio de color de los labios o la cara	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Picores	<input type="checkbox"/> Llanto	<input type="checkbox"/> Irritación/sarpullidos	<input type="checkbox"/> Quejidos	<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Dificultad al orinar	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Fiebre _____ ° F	<input type="checkbox"/> Tos																
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar																
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Cambio de color de los labios o la cara																
<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Convulsiones																
<input type="checkbox"/> Picores	<input type="checkbox"/> Llanto																
<input type="checkbox"/> Irritación/sarpullidos	<input type="checkbox"/> Quejidos																
<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza																
<input type="checkbox"/> Dificultad al orinar	<input type="checkbox"/> Otro _____																

Medida que se tomó	Fecha	Firma
<input type="checkbox"/> Se notificó al Centro de control de venenos: (800) 222-1222		
<input type="checkbox"/> Se notificó a los padres inmediatamente		
<input type="checkbox"/> Aconseje a los padres que notifiquen al médico		
<input type="checkbox"/> Póngase en contacto con la consultora de salud en guarderías		
<input type="checkbox"/> Informe de incidentes elaborado porque el niño sufrió una lesión o requirió atención médica		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):		

## Informe de errores con medicamentos

10A NCAC 09 .0803 (14) (centros) and .1720 (b)(14) (guarderías familiares en hogares)

**Describa lo que se hizo después del error.**

Por ejemplo: El director llamó a los padres del niño que recibió el medicamento equivocado y al tutor de la niña que no tomó el medicamento a la hora prevista. La madre del niño que recibió el medicamento equivocado llamó a la médico y ella le dijo que no pasaba nada si solo había tomado una dosis. La tutora de la niña que se saltó la dosis llamó a su médico que le aconsejó que se tomara la próxima dosis a la hora prevista.

**Describa lo que hará el centro para evitar que este tipo de error vuelva a ocurrir.**

Por ejemplo: Todos los educadores de la primera infancia que administren medicamentos recibirán capacitación sobre administración de medicamentos en guarderías y seguirán los pasos para la administración segura de medicamentos. El educador siempre verificará que el nombre del niño en el permiso de administración del medicamento es el mismo que el del niño que va a recibir el medicamento.

Nombre y firma de la persona o personas involucradas en el error:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

Firma:

Nombre del director/administrador:

Fecha:

Firma del director/administrador:

Nombre de los padres/tutores

Fecha:

Firma de los padres/tutores

Nombre de la consultora de cuidado infantil (letra de imprenta):

Nombre de la consultora de salud en el cuidado infantil (letra de imprenta)

