

## Autorización para la administración de medicamentos por parte del personal de la escuela, del centro de cuidado de niños y del campamento juvenil

En Connecticut, las escuelas, los centros de cuidado de niños, los hogares de cuidado de niños en grupo, los hogares familiares de cuidado de niños y los campamentos juveniles autorizados que administran medicamentos a niños deben cumplir con todos los requisitos relativos a la administración de medicamentos que se describen en los estatutos o reglamentaciones estatales. Los padres o tutores que soliciten la administración de medicamentos para sus hijos deberán proporcionar al programa una autorización adecuada por escrito y el medicamento correspondiente antes de que se administre cualquier medicamento. Los medicamentos deben estar en su envase original, e incluir una etiqueta con el nombre del niño o la niña, el nombre del medicamento, la fecha de la receta y las instrucciones de administración.

### **Receta del profesional de atención médica autorizado que receta el medicamento (médico, dentista, optometrista, auxiliar médico, enfermero registrado de práctica avanzada o podólogo):**

Nombre del/de la niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección del/de la niño/a: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre de marca/nombre genérico del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Se trata de un medicamento controlado?  SÍ  NO

Afección que se trata con el medicamento administrado: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Método/vía: \_\_\_\_\_ Hora de administración: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instrucciones específicas sobre la administración del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Método/vía: \_\_\_\_\_

Hora de administración: \_\_\_\_\_ Si se administra según la necesidad, indicar la frecuencia: \_\_\_\_\_

Período durante el que se debe administrar el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Efectos secundarios relevantes del medicamento: \_\_\_\_\_  No se prevé ninguno

Alergias, reacciones o interacciones negativas con alimentos u otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Plan para el control de efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Nombre/título del profesional de atención médica que receta el medicamento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del profesional de atención médica que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de atención médica que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de un miembro del personal de enfermería de la escuela (si corresponde): \_\_\_\_\_

### **Autorización del padre, de la madre o del tutor**

Solicito que se le administre dicho medicamento a mi hijo/a, como se describe e indica arriba.

Por la presente, solicito que el medicamento indicado arriba sea administrado por el personal de la escuela, del centro de cuidado de niños y del campamento juvenil, y autorizo el intercambio de información entre el profesional de atención médica que recetó el medicamento y el personal de enfermería de la escuela, del centro de cuidado de niños o del campamento que sea necesaria para garantizar la administración segura de este medicamento. Entiendo que debo proporcionar a la escuela un suministro de medicamento para un máximo de tres (3) meses (solo para la escuela).

Le he administrado al menos una dosis del medicamento a mi hijo/a sin que presente efectos adversos (solo para el centro de cuidado de niños).

Firma del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La autoadministración de medicamentos debe contar con la autorización del profesional de atención médica que receta el medicamento y del padre, de la madre o del tutor, y debe estar aprobada por el personal de enfermería de la escuela (si corresponde) de acuerdo con la política de la junta. En las escuelas, los estudiantes pueden usar inhaladores para el asma e inyectores de cartucho para alergias diagnosticadas médicamente para autoadministrarse medicamentos solo con la autorización por escrito del profesional de atención médica autorizado que receta el medicamento y del padre, de la madre o del tutor del estudiante o estudiante elegible.

Autorización del profesional de atención médica que receta el medicamento para la autoadministración:  Sí  NO

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Autorización del padre, de la madre o del tutor para la autoadministración:  Sí  NO

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Aprobación del personal de enfermería de la escuela (si corresponde) para la autoadministración:  Sí  NO

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que recibe la autorización por escrito y el medicamento (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Título/cargo: \_\_\_\_\_ Firma (en tinta): \_\_\_\_\_

**Nota: Este documento es un modelo de formulario de conformidad con las secciones 10-212a, 19a-79-9a, 19a-87b-17 y 19-13-B27a(v.)**

## Registro de administración de medicamentos

Nombre del/de la niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de receta: \_\_\_\_\_

Orden del medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha	Hora	Dosis	Notas	¿Este medicamento se autoadministró?	Firma de la persona que supervisó la administración o administró el medicamento
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\* El formulario de autorización para la administración de medicamentos puede consistir en un documento doble faz o en dos hojas individuales adjuntas.

El formulario de autorización está completo                       El medicamento tiene la etiqueta adecuada

El medicamento se encuentra en su envase original     La fecha de la etiqueta es actual

Nombre de la persona que recibe el medicamento (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_