



FORMULARIO DE PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA INDIVIDUAL

| | |
|--|----------------------|
| Nombre del niño/a: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre de las condiciones crónicas de atención médica: | |
| Descripción de la condición de atención médica crónica: | |
| Síntomas: | |
| Tratamiento médico necesario durante el programa: | |
| Quién ha sido capacitado y administrará este tratamiento mientras el niño/a esté en el programa: | |
| Posibles efectos secundarios del tratamiento: | |
| Posibles consecuencias si no se administra el tratamiento: | |
| (Opcional) Otras recomendaciones (por ejemplo, pruebas adicionales, tratamientos, medidas atenuantes, adaptaciones necesarias para permitir la participación total del niño/a, etc.) | |

Nombre y número de teléfono del profesional de atención médica autorizado (en letra de imprenta):

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Admin. del Prog.: _____

Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Complete un Formulario de consentimiento para medicamentos para cada medicamento que el programa deba administrar.

Los medicamentos que se administrarán en el programa deben ser proporcionados por un padre/tutor en los envases originales que tengan la etiqueta de la farmacia con la siguiente información:

- _____ la fecha de llenado
- _____ el nombre y la dirección de la farmacia
- _____ las iniciales del farmacéutico que lo abasteció
- _____ el número de serie de la receta
- _____ el nombre del paciente
- _____ el nombre del médico que prescribe
- _____ el nombre del medicamento recetado
- _____ instrucciones de uso y declaraciones de precaución contenidas en dicha prescripción o requeridas por la ley
- _____ si son tabletas o cápsulas, el número que hay en el envase

Todos los medicamentos de venta libre deben conservarse en los envases originales que contengan la etiqueta original, que incluirá las instrucciones de uso.

SOLO PARA NIÑOS MAYORES (9+ AÑOS DE EDAD)

De acuerdo con 606 CMR 7.11(3)(b-c) y con el consentimiento escrito de los padres y la autorización de un profesional de atención médica autorizado, este Plan de Atención Médica Individual permite que los niños mayores en edad escolar lleven su propio inhalador y/o autoinyector de epinefrina y utilizarlo según sea necesario sin la supervisión directa de un educador.

El educador conoce el contenido y los requisitos del Plan de Atención Médica Individual del niño/a que especifica cómo se mantendrá seguro el inhalador o el autoinyector de epinefrina fuera del alcance de otros niños en el programa. Siempre que un Plan de Atención Médica Individual disponga que un niño/a lleve consigo su propio medicamento, el titular de la licencia debe mantener en el lugar un suministro de respaldo del medicamento para usarlo según sea necesario.

Edad del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Se recibió medicación de respaldo? SI NO

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Admin. del Prog.: _____

Fecha: _____

**COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS 606 CMR 7.11(2)(B)**

Nombre del niño/a: _____

Nombre del medicamento: _____

Por favor seleccione uno de los siguientes:

- Prescripción Oral/sin receta
- Productos sin receta imprevistos para síntomas leves
- Tópico sin receta (aplicado sobre heridas abiertas/piel rota)
- Mi hijo/a ha tomado anteriormente este medicamento
- Mi hijo/a no ha tomado este medicamento anteriormente, pero es un medicamento de emergencia y doy permiso al personal para que se lo administre a mi hijo/a de acuerdo con su Plan de Atención Médica Individual

Dosis: _____

Fecha(s) en las que el medicamento se administrará: _____

Horarios en los que se administrará el medicamento: _____

Razones para la medicación: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Instrucciones de almacenamiento: _____

Nombre y número de teléfono del médico que prescribe:

Firma del médico del niño/a: _____ Fecha: _____

Yo, _____ (padre/tutor) doy permiso y autorizo al educador (es) a administrar el medicamento a mi hijo/a de acuerdo a lo indicado anteriormente.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Para uso tópico, sin receta, NO aplicado a heridas abiertas/piel rota (solo firma de los padres)