

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS**

**PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL**

- Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos de consentimiento para la administración de lo siguiente: medicamentos prescritos, medicamentos orales sin prescripción, parches medicados y gotas o aerosoles oculares, orales o nasales.
- Sólo personal certificado para administrar medicamentos a niños bajo cuidado diurno tienen permiso para hacerlo.
- Debe completarse un formulario para cada medicamento. Medicamentos múltiples no pueden incluirse en un formulario.
- Los formularios de consentimiento deben ser reautorizados por lo menos una vez cada seis meses para niños menores de 5 años de edad y por lo menos cada 12 meses para niños de 5 años o más.

**PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#1 - #18) Y SEGÚN SEA NECESARIO ESTA SECCIÓN (#33 - #35)**

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Fecha de nacimiento: / /	3. Alergias conocidas del niño(a):
4. Nombre del medicamento <i>(incluso la dosis)</i> :	5. Cantidad/dosis a darse:	6. Vía de administración:
7A. Frecuencia de administración: _____		
<b>O</b> 7B. Identifique los síntomas que requerirán la administración del medicamento: <i>(signos y síntomas deben ser observables y si es posible con parámetros medibles)</i> : _____		
8A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de los efectos secundarios posibles <i>(padre/madre debe proveer)</i> .		
<b>Y/O</b> 8B: Efectos secundarios adicionales: _____		
9. ¿Qué acción debería tomar el proveedor(a) de cuidado infantil si nota efectos secundarios?		
<input type="checkbox"/> Contactar al padre/madre <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Contactar al proveedor de cuidado de la salud al número de teléfono de abajo.</span> <input type="checkbox"/> Otra <i>(describa)</i> : _____		
10A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para la lista completa de instrucciones especiales <i>(padre/madre debe proveer)</i> .		
<b>Y/O</b> 10B. Instrucciones especiales adicionales: <i>(Incluya cualquier preocupación relacionada a las interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) esté tomando o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que respecta a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente. También describa situaciones en las que no se debe administrar medicamentos)</i> . _____		
11. Razón del medicamento <i>(a menos que sea confidencial por ley)</i> : _____		
12. ¿Tiene el niño(a) mencionado arriba una condición crónica física, de desarrollo, de comportamiento o emocional que se espera que dure 12 meses o más y que requiera servicios de salud o relacionados a la salud de un tipo o cantidad que exceda lo que los niños requieren generalmente?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, complete #33 - #35, en el reverso de este formulario.		
13. ¿Hay algún cambio en las instrucciones de este formulario de consentimiento referente a órdenes de medicamento anteriores, en lo que se relaciona a la dosis, tiempo o frecuencia en el que el medicamento debe administrarse?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó "sí," complete #34 - #35 en el reverso de este formulario.		
14. Fecha de autorización del proveedor de cuidado de la salud: / /	15. Fecha de discontinuación o duración de administración en días: / /	
16. Nombre de la persona licenciada autorizara para prescribir <i>(letra de imprenta)</i> :	17. Número de teléfono de la persona licenciada autorizada para prescribir:	
18. Firma del licenciado(a) y autorizado(a) para prescribir: <b>X</b>		

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS**  
**PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL**

**PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#19 - #23)**

19. Si se completa la Sección #7A, ¿indican las instrucciones las horas específicas para administrar los medicamentos? (Por ejemplo, ¿escribió el que autorizó la prescripción la hora de 12 p.m.?):  Sí  N/A  No

Indique la(s) hora(s) específica(s) en la(s) que el programa de cuidado diurno infantil debe administrar el medicamento (i.e., 12 p.m.):

20. Yo, padre/madre, autorizo al programa de cuidado diurno administrar el medicamento como se especifica en el frente de este formulario (nombre del niño[a]):

21. Nombre del padre/madre (letra de imprenta):

22. Fecha de la autorización:

/ /

23. Firma del padre/madre:

**X**

**PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN (#24 - #30)**

24. Nombre del programa:

25. No. de ID del establecimiento:

26. No. de teléfono del programa:

27. He verificado que #1 - #23 y, si se aplica #33 - #36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar este medicamento se ha provisto al programa de cuidado diurno.

28. Nombre del personal (letra de imprenta):

29. Fecha recibida del padre/madre:

/ /

30. Firma del personal:

**X**

**SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN (#31- #32) SI EL PADRE/MADRE SOLICITA DISCONTINUAR EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15**

31. Yo, padre/madre, solicito que el medicamento indicado en este formulario sea discontinuado el:

/ /

(fecha)

Una vez que el medicamento sea discontinuado, yo entiendo que si mi hijo(a) requiere este medicamento en el futuro, se deberá completar un nuevo formulario.

32. Firma del padre/madre:

**X**

**PERSONAL AUTORIZADO CON LICENCIA PARA PRESCRIBIR COMPLETA #33 - #35, SEGÚN SEA NECESARIO**

33. Describa cualquier capacitación adicional, procedimientos o competencias que el personal de cuidado diurno necesitará para cuidar a este niño(a): \_\_\_\_\_

34. Ya que posiblemente haya casos en los que la farmacia no complete una nueva prescripción por cambios de dosis, hora o frecuencia de administración hasta que la prescripción previa del medicamento se termine de usar, por favor indique la fecha en la que está ordenando que el cambio se lleve a cabo en la administración de la prescripción.

FECHA: / /

Al completar esta sección, el programa de cuidado diurno seguirá las instrucciones escritas en este formulario y no seguirá las instrucciones de la etiqueta de la farmacia hasta que se llene la nueva prescripción.

35. Firma del personal autorizado con licencia para prescribir:

**X**