

# UMCHS - REGISTRO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Para que lo Complete el Doctor del Niño)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio del Proveedor: \_\_\_\_\_

**Para el Proveedor de Cuidado de Salud que Prescribe:** Cuando un estudiante de UMCHS se le requiere tomar medicamento recetado en la escuela, se debe proveer la siguiente información antes de comenzar la administración del medicamento. El Head Start administra medicamento(s) en el centro de Head Start solamente cuando es recetado por un doctor y cuando la administración del medicamento no la pueden facilitar en el hogar los padres, guardianes o proveedores de cuidado de niño.

## FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

)Es necesario que se le administre el medicamento del niño durante el tiempo cuando el niño esta asistiendo al Head Start?      SI      NO

)Cuál es el diagnóstico o razón para el medicamento? \_\_\_\_\_

## Administrar los Medicamentos según las siguientes instrucciones:

Nombre del Medicamento	Método de Administración	Dosis	Frecuencia de Uso - Cuando Usarlo

Revisar por posibles efectos secundarios como: \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

Yo pido y autorizo que al estudiante nombrado arriba se le administre el medicamento identificado arriba de acuerdo a las instrucciones indicadas arriba por el periodo que comienza con \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, hasta el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, a causa de que existe una razón válida de salud por lo cual se aconseja que el medicamento sea administrado durante el horario escolar o durante el tiempo que el estudiante este bajo la supervisión de oficiales de escuela. Tal medicamento puede ser administrado por personal escolar que no ha sido entrenado para la administración de medicina.

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mi firma de abajo significa que doy mi consentimiento para que el personal de UMCHS administre medicamento a mi niño de acuerdo a las órdenes del doctor comenzando con el periodo de \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, hasta el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_. No debe exceder más de un año escolar.

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los Defensores de Niño y Familia son responsables de asegurar que el personal de sustituto sea informado de los procedimientos anotado dentro de este Registro de Administración de Medicamento.  
Mantener la copia original completada en el Archivo del Centro y con copia en el Archivo de Contrato para Emergencia y HSD.