

Administering Medication in MSCR Programs

1. Except as stated, no medication will be administered by staff without the Participant Medication Administration Consent Form and the Order for Medication Administration Form completed and returned to the MSCR designee.
 - A. Medication Consent Form must be completed by the parent/legal guardian, addressed and returned to the MSCR designee.
 - B. The Order for Medication Administration Form must be completed by the prescribing practitioner, addressed, and returned to the MSCR designee.
 - C. The MSCR designee shall maintain an accurate medication file that includes all necessary forms for each student receiving medication. Any changes shall be communicated in writing to the MSCR designee by both the practitioner and the parent/legal guardian.
2. Medication to be given must have the following information printed on the container:
 - A. Child's full name
 - B. Name of the drug and dosage
 - C. Time to be given
 - D. Practitioner's name
3. Medication will be administered to the child at the designated time by an individual who has been designated by MSCR to do so.
4. Only limited quantities of any medication are to be kept on site.
5. All medication administered at the site will be kept in a locked cubicle, drawer, or other safe place. The MSCR designee will count and document the quantity of medication each time it is brought to the program.
6. The length of time for which the drug is to be administered, which is not to exceed the length of the program, shall be contained in the written instructions from the prescribing practitioner. Any additional instructions must be received from the practitioner in writing with the written consent of the parent/legal guardian if the drug is to be discontinued or any other change is to be made in the practitioner's original instructions.
7. An accurate and confidential system of record keeping shall be established for each participant receiving medication.
 - A. Information on the administration of medication shall be kept on site. Such information shall include a list of participants who are being administered medication during program hours and the type of medication, the dose, the time to be given, and the date the medication is to be discontinued. Such information should be updated periodically as practicable.
 - B. An individual record for each participant receiving medication shall be kept on site by the MSCR designee, including the type of medication, the dose, the time to be given, the duration, and an inventory of the amount of medication.
 - C. Each site will maintain a medication/injury log and shall record daily any medications dispensed to a child in the following manner:
 - 1) Record first and last name of child, name of medication, dosage, time, date and name or initials of the person administering the medication in the bound medical log on the same day that it is administered.
 - 2) Entries in the medication log must be in ink. No lines are to be skipped. Pages may not be removed. Do not number pages as you use them.
Example: 3/21/03 John Jones 1 tsp. Penicillin 10:30am HMS
 - 3) Staff are asked to report any unusual behavior of participants on medication.
8. Non-prescription, over-the counter medications (such as ibuprofen or acetaminophen) may be administered with the Participant Medication Administration Consent Form. A physician's order is not required for non-prescription medications. Non-prescription medications must arrive from the parent/guardian in original containers.
9. In the event of a medication error, parent and practitioner will be notified. A written Incident Report explaining the error shall be completed by the MSCR designee or other staff involved, if any, and such report shall be sent to the Youth Program Specialist who will forward the report to the MMSD Health Services Administrator.
10. Nothing in this policy shall be construed to limit a staff person's ability to respond appropriately in a health emergency situation, including but not limited to administering medication, if needed.





www.msqr.org

3802 Regent Street

Madison, WI 53705-5220

Phone: 608/204-3000

Fax: 608/204-0557

Administrando medicamentos en programas de MSCR

1. Excepto según lo indicado, el personal no administrará ningún medicamento sin la forma de consentimiento para la administración del medicamento del participante y la forma para la administración del medicamento completamente llena y regresado al personal adecuado de MSCR.
 - A. La forma de consentimiento del medicamento se debe llenar completamente por el padre/guardián, dirigida y enviada al personal designado de MSCR.
 - B. La forma para la administración del medicamento se debe llenar completamente por el medico que lo prescribe, dirigida y regresada al personal designado de MSCR
 - C. El personal designado de MSCR mantendrá un archivo exacto del medicamento que incluye todas las formas necesarias para cada estudiante que recibe medicamento. Cualquier cambio será comunicado por escrito al empleado designado de MSCR por el médico y el padre/guardián.
2. El medicamento que se dará debe tener la información siguiente impresa en el envase/contenedor:
 - A. Nombre completo del niño
 - B. Nombre y dosificación de la droga
 - C. Hora en la que debe ser administrada
 - D. Nombre del medico
3. El medicamento será administrado al niño en la hora señalada por un individuo que ha sido designado por MSCR para hacerlo.
4. Solamente las cantidades limitadas de cualquier medicamento deben ser guardadas en el lugar.
5. Todo el medicamento administrado en el sitio será mantenido en un cubículo con llave, cajón u otro lugar seguro. El empleado designado de MSCR contará y documentará la cantidad de medicamento cada vez que se trae al programa.
6. El periodo de tiempo en el cual la droga debe ser administrada, que no debe excederse mas allá de la duración del programa debe estar determinado en las instrucciones escritas del médico que la prescribe. Cualquier instrucción adicional se debe recibir del médico por escrito con el consentimiento escrito del padre/guardián legal si la droga va a ser continuada o cualquier cambio debe ser hecho en las instrucciones originales del médico.
7. Un sistema exacto y confidencial de guardar el expediente será establecido para cada participante que recibe medicamento.
 - A. La información sobre la administración del medicamento será guardada en el lugar del evento. Tal información incluirá una lista de participantes a los cuales se les administra medicamento durante horas del programa y el tipo de medicamento, la dosis, la hora en la que se debe administrar y la fecha en la que el medicamento debe ser discontinuado. Tal información se debe poner al día periódicamente.
 - B. Un expediente individual para cada participante que recibe medicamento se mantendrá en el sitio por el empleado designado de MSCR, incluyendo el tipo de medicamento, la dosis, la hora en la que se debe administrar, la duración y un inventario de la cantidad de medicamento.
 - C. Cada sitio mantendrá un registro de medicamento/lesiones y registrará diariamente cualquier medicamento administrado a un niño de la manera siguiente:
 - 1) Registrar el nombre y apellido del niño, nombre del medicamento, la dosis, la hora, la fecha y el nombre o las iniciales de la persona que administra el medicamento en el libro de registros médicos el mismo día que se administre.
 - 2) Los registros en el libro medico deben ser en tinta. No se deben saltar líneas. No se puede remover páginas. No enumere las páginas al usarlas. Ejemplo: 3/21/03 Juan Jones 1 cucharadita de penicilina 10:30am HMS
 - 3) El personal debe reportar cualquier comportamiento inusual de los participantes en medicamento.
8. Los medicamentos sin prescripción médica (por ejemplo ibuprofen o acetaminofen) puede ser administrados con la forma del consentimiento de la administración del medicamento del participante. No se requiere orden del medico para los medicamentos sin prescripción. Los medicamentos sin prescripción deben venir del padre/guardián en envases originales.
9. En el evento de un error del medicamento, notificarán al padre y al médico. Un informe escrito del incidente explicando el error será completado por el empleado designado de MSCR u otro personal implicado y tal informe será enviado al especialista del programa de la juventud que enviara el informe el administrador de los servicios médicos de MMSD.
10. Nada en esta política limitara la capacidad del personal de MSCR de responder apropiadamente a una situación de emergencia de la salud, incluyendo pero no limitado a la administración del medicamento, de ser necesario.





MADISON SCHOOL & COMMUNITY RECREATION

www.msqr.org

3802 Regent Street

Madison, WI 53705-5220

Phone: 608/204-3000

Fax: 608/204-0557

Participant Medication Administration Consent Form

Child's Full Name: _____ D.O.B. _____

MSCR Program _____

Name of Practitioner ordering medication/procedure _____

Practitioner ordering medication/procedure phone number _____

Practitioner ordering medication/procedure address: _____

Name of medication/dosage or procedure _____

Hour it is to be given _____

How it is to be given _____

Reason for medication/procedure _____

Parent Name: _____ Phone: (H) _____ (W) _____

I hereby give my permission to the MSCR designee or delegate(s) to give the medication to my child according to the written instructions of the Practitioner as shown on the Order for Medication Administration form. I also hereby agree to give my permission to the MSCR designee to contact the child's Practitioner.

I further agree to hold the Madison School & Community Recreation, the Madison Metropolitan School District (MMSD), and the MMSD employee(s) who is (are) administering the medication or harmless in any or all claims arising from the administration of this medication at an MSCR program. I agree to notify the program at the termination of this request or when any change in the above orders is necessary.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date





MADISON SCHOOL & COMMUNITY RECREATION

www.msqr.org

3802 Regent Street

Madison, WI 53705-5220

Phone: 608/204-3000

Fax: 608/204-0557

Forma de consentimiento de la administración del medicamento al participante

Nombre completo del niño _____ Fecha de nacimiento. _____

Programa de MSCR _____

Nombre del médico que ordeno medicamento/procedimiento _____

Número de teléfono del médico que ordeno medicamento/procedimiento _____

Dirección del médico que ordeno medicamento/procedimiento _____

Nombre del medicamento/dosis o procedimiento _____

Hora en la que se debe dar _____

Forma en la que se debe dar _____

Razón del medicamento/procedimiento _____

Nombre del padre: _____ Teléfono #(Casa) _____ (Trabajo) _____

Por este medio doy mi permiso al designado o al delegado(s) de MSCR de dar el medicamento a mi niño según las instrucciones escritas por el médico como se demuestra en la forma de administración del medicamento. También acuerdo por este medio dar mi permiso al designado de MSCR de comunicarse con el médico del niño.

Acuerdo también en sostener a Madison School & Community Recreation, al Distrito Metropolitano Escolar de Madison (MMSD), y al empleado(s) de MMSD que esta (n) administrando el medicamento sin culpa en cualquier o todas demandas que surjan debido a la administración de este medicamento en un programa de MSCR. Acuerdo notificar al programa al finalizar esta petición o cuando cualquier cambio en las órdenes antedichas sea necesario.

Firma del padre/guardián legal

Fecha





MADISON SCHOOL & COMMUNITY RECREATION

www.msqr.org

3802 Regent Street

Madison, WI 53705-5220

Phone: 608/204-3000

Fax: 608/204-0557

Order for Medication Administration

Dear _____ (MSCR designee)

Please administer the following medication(s) to:

Name of student _____ who is in the MSCR Program _____.

Diagnosis _____

Physician Medication Orders:

DAILY MEDICATIONS

Medicine	Route	Dose	Frequency	Duration	Direct contact shall be made with me should the student receiving the medication develop any of the following conditions or reactions to the medication (if none, so state)
				From: To:	
				From: To:	
				From: To:	

PRN MEDICATIONS

Medicine	Route	Dose	Frequency	Duration	Condition under which medication should be given	Direct contact shall be made with me should the student receiving the medication develop any of the following conditions or reactions to the medication (if none, so state)
				From: To:		
				From: To:		
				From: To:		

Hospital/Clinic/Office _____ Phone: _____

Address _____

Physician's Signature _____ Date _____

Please return this form to: _____





MADISON SCHOOL & COMMUNITY RECREATION

www.msqr.org

3802 Regent Street

Madison, WI 53705-5220

Phone: 608/204-3000

Fax: 608/204-0557

Pedido para la administracion del medicamento

Estimado _____ (designado de MSCR)

Por favor administre el siguiente medicamento(s) a:

Nombre del estudiante _____ que está en el programa de MSCR _____

Diagnóstico _____

Órdenes del medico en cuanto al medicamento:

MEDICAMENTOS DIARIOS

Medicina	Ruta	Dosis	Frecuencia	Duración	Deben comunicarse directamente conmigo si el estudiante que recibe el medicamento desarrolla cualquiera de las condiciones o de las reacciones siguientes al medicamento (si no hay reacción, escríbalo)
				Desde: Hasta:	
				Desde: Hasta:	
				Desde: Hasta:	

MEDICAMENTOS PRN

Medicina	Ruta	Dosis	Frecuencia	Duración	Condición bajo la cual medicamento debe ser dado	Deben comunicarse directamente conmigo si el estudiante que recibe el medicamento desarrolla cualquiera de las condiciones o de las reacciones siguientes al medicamento (si no hay reacción, escríbalo)
				Desde: Hasta:		
				Desde: Hasta:		
				Desde: Hasta:		

Hospital/Clínica/Oficina _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Por favor regrese esta forma a: _____

