



**Formulario de consentimiento de la administración
del medicamento/procedimiento al participante**

Nombre completo del participante _____

Programa de MSCR _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del médico que ordenó medicamento/procedimiento _____

Número de teléfono del médico que ordenó medicamento/procedimiento _____

Dirección del médico que ordenó medicamento/procedimiento _____

Nombre del medicamento/dosis o procedimiento _____

Hora en la que se debe administrar _____

Forma en la que se debe administrar _____

Razonamiento del medicamento/procedimiento _____

Por la presente, le doy mi permiso al designado o al delegado(s) de MSCR de darle el medicamento a mi niño según las instrucciones escritas por el médico como se demuestra en el formulario de administración del medicamento. También acepto por la presente darle mi permiso al designado de MSCR de comunicarse con el médico del niño.

Acepto también en sostener a Madison School & Community Recreation (MSCR), al Distrito Metropolitano Escolar de Madison (MMSD), y al empleado(s) de MMSD que está(n) administrando el medicamento sin culpa en cualquier o todas demandas que surjan debido a la administración de este medicamento o el desempeño del procedimiento en un programa de MSCR.

Acepto notificar al programa al final de esta petición o cuando cualquier cambio en las órdenes antedichas sea necesario.

Firma del guardián

Fecha

Teléfono de Celular _____

Teléfono de Trabajo _____





Administrando medicamentos en programas de MSCR

1. El personal no administrará ningún medicamento sin el formulario de consentimiento para la administración del medicamento del participante y el formulario para la administración del medicamento completamente llenado y devuelto al personal apropiado de MSCR.
 - A. El formulario de consentimiento del medicamento se debe llenar completamente por el guardián, dirigido y enviado al personal designado de MSCR.
 - B. El formulario para la administración del medicamento se debe llenar completamente por el médico que lo prescribe, dirigido y devuelto al personal designado de MSCR
 - C. El personal designado de MSCR mantendrá un archivo exacto del medicamento que incluye todos los formularios necesarios para cada estudiante que recibe medicamento. Cualquier cambio será comunicado por escrito al empleado designado de MSCR por el médico y el guardián.
2. El medicamento que se administrará debe tener la información siguiente imprimida en el envase/contenedor:
 - A. Nombre completo del participante
 - B. Nombre y dosificación de la droga
 - C. La fecha de entrada
 - D. Instrucciones de administración
 - E. Hora en la que debe ser administrada
 - F. Nombre del médico
3. Cualquier medicamento de venta sin receta que se debe administrar en la escuela o en el programa de MSCR debe ser suministrada por el guardián del participante en el envase original del productor y el envase debe enumerar los ingredientes y la dosis recomendada de manera legible.
4. El medicamento será administrado al participante en la hora señalada por un individuo que ha sido designado por MSCR para hacerlo.
5. El guardián tiene la responsabilidad de suministrarle al empleado designado de MSCR con el medicamento con receta o de venta sin receta.
6. 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.
7. El período de tiempo en el cual la droga debe ser administrada, que no debe excederse más 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 guardián si la droga va a ser continuada o cualquier cambio debe ser hecho en las instrucciones originales del médico.
8. 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 un lugar designado en el sitio del programa. Tal información incluirá una lista de participantes a los cuales se les administra medicamento durante las 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) El personal debe reportar cualquier comportamiento inusual de los participantes en medicamento.
9. Los medicamentos de venta sin receta (por ejemplo ibuprofeno o acetaminofeno) puede ser administrados con el formulario del consentimiento de la administración del medicamento del participante. Se requiere orden del médico para los medicamentos sin de venta sin receta. Los medicamentos de venta sin receta deben venir del guardián en envases originales.
10. En el evento de un error del medicamento, les notificarán al guardián 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 administrador de los servicios de salud de MMSD.
11. Nada en esta política limitará 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.





Pedido para la administración del medicamento

Estimado _____ (designado de MSCR), por favor administre el siguiente medicamento(s) a (nombre del participante) _____ que participa en el programa de MSCR _____.

Diagnóstico _____

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 el medicamento debe ser administrado	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/Clinica/Oficina _____ Núm. de teléfono _____

Dirección _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Por favor devuelva este formulario a: _____

