



Formulario del plan de salud individual

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Nombre de la condición crónica de salud:	
Descripción de la condición crónica de la salud:	
Síntomas:	
Tratamiento médico necesario durante el programa:	
Quién ha recibido formación y administrará este tratamiento mientras el niño participe 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 de mitigación, adaptaciones necesarias para permitir la plena participación del niño, etc.)	

Nombre y número de teléfono del profesional de salud con licencia (por favor, en mayúsculas): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del administrador del programa: _____ Fecha: _____

Administración de medicamentos

Rellene un **formulario de consentimiento** para **cada medicamento** que el programa pueda necesitar administrar.

Los medicamentos que se administrarán en el programa deben ser proporcionados por los padres o tutores en su envase original, con la **etiqueta de la farmacia y la siguiente información**:

- ___ la fecha de dispensación
- ___ el nombre y la dirección de la farmacia
- ___ las iniciales del farmacéutico que lo dispensó
- ___ el número de serie de la receta
- ___ el nombre del paciente
- ___ el nombre del médico que la prescribe
- ___ el nombre del medicamento recetado
- ___ las instrucciones de uso y las advertencias que figuran en dicha receta o que exige la ley
- ___ si se trata de comprimidos o cápsulas, el número de unidades que contiene el envase

Todos los medicamentos de venta libre deben conservarse en sus envases originales con la etiqueta original, que debe incluir las instrucciones de uso

SOLO para niños mayores (9 años o más)

De conformidad con 606 CMR 7.11(3) (b-c) y con el consentimiento por escrito de los padres y la autorización de un profesional de salud titulado, este Plan de atención médica individual permite a los niños en edad escolar mayor llevar su propio inhalador y/o autoinyector de epinefrina y utilizarlos cuando 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, en el que se especifica cómo se mantendrá el inhalador o el autoinyector de epinefrina fuera del alcance de otros niños del programa. Siempre que un Plan de atención médica individual prevea que un niño lleve consigo su propio medicamento, el titular de la licencia deberá mantener en el centro un suministro de reserva del medicamento para su uso en caso necesario.

Edad del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ ¿Se ha recibido el medicamento de reserva? SÍ NO

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del administrador del programa: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
7.11(2)(b)

606 CMR

Nombre del niño: _____

Nombre del medicamento: _____

Por favor ✓ una de las siguientes opciones: Receta médica: _ Oral/Sin receta: _____

Medicamento sin receta para síntomas leves no previstos _____

Tópico sin receta médica (**aplicado sobre heridas abiertas/piel lesionada**) _____

Mi hijo ha tomado este medicamento anteriormente _____

Mi hijo no ha tomado este medicamento anteriormente, pero se trata de un medicamento de emergencia y doy permiso al personal para que se lo administre a mi hijo de acuerdo con su plan de atención médica individual _____

Dosis: _____

Fecha(s) en que se debe administrar el medicamento: _____

Horas en que se debe administrar el medicamento: _____

Motivos de la medicación: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Instrucciones de conservación: _____

Nombre y número de teléfono del profesional de salud que prescribe el medicamento:

Firma del profesional de la salud del niño _____ **Fecha** _____

Yo, _____, (padre, madre o tutor) doy mi permiso
(nombre en letra de imprenta)

para autorizar al educador o educadores a administrar la medicación a mi hijo tal y como se indica anteriormente.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

Para medicamentos tópicos sin receta médica que NO se apliquen sobre heridas abiertas o piel lesionada (solo firma del padre/madre)