



# Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

## Todos los proveedores: Administración de medicamentos y consentimiento de los padres para la medicación

Actualizado 1/13/2023

### Información importante

Los niños que deban tomar medicación durante las horas de cuidado deberán rellenar una solicitud de medicación y devolverla al proveedor. Los padres/tutores deberán rellenar nuevas solicitudes cada vez que se vaya a administrar un nuevo medicamento.

Los medicamentos recetados y no recetados (de venta libre) no deben administrarse a un niño sin:

- permiso por escrito del padre/tutor; y
- orden escrita de un médico con licencia, asistente médico o enfermero practicante (que puede incluir la etiqueta del medicamento) que indique que el medicamento es para un niño específico.

**La orden escrita incluye el nombre del niño, el nombre del medicamento, las circunstancias bajo las cuales se puede administrar, la vía, la dosis y la frecuencia de administración.**

*En el caso de los niños en edad escolar (matriculados en el jardín de infancia o a partir de esa edad) que lleven consigo medicación de rescate (inhaladores recetados y/o epinefrina autoinyectable), también debe haber documentación médica que acredite que se ha recetado la medicación de rescate y que el niño necesita llevarla encima debido a una afección médica.*

### Autorización

A completar por el padre/tutor — se requiere toda la información.

Nombre del niño:		<b>Vía</b> <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Ojo: (Derecho/izquierdo) <input type="checkbox"/> Nariz: (Derecho/izquierdo) <input type="checkbox"/> Oído: (Derecha/izquierda) <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Otros: _____
Fecha de nacimiento:		
Medicación:		
Refrigerada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dosis:		
Horario:		
Fecha de inicio:		
Fecha final:		
Motivo de la medicación:		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ordenado por el médico  Nombre del médico:

Autorizo al siguiente programa	
	<i>Nombre del proveedor/programa</i>
a administrar los siguientes medicamentos recetados o de venta libre al niño nombrado aquí. Además, proporcionaré una lista de posibles efectos secundarios, obtenidos en la farmacia, para los medicamentos recetados. El medicamento que estoy proporcionando está claramente etiquetado en su envase original.	

Padre/tutor (en letra de imprenta)	Firma del padre/tutor	Fecha



## Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

---

**Todos los proveedores: Administración de medicamentos y consentimiento de los padres para la medicación**

Actualizado 1/13/2023