ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez

Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño
Área de Calidad y Desarrollo
Unidad de Salud

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CENTROS/HOGARES LICENCIADOS/HOGARES EXENTOS NO FAMILIARES

Centro de Cuidado y Desarrollo del Niño/Red de Cuido/Hogar Licenciado_____

Región: _____ Pueblo: _____

Nombre del niño(a)_____

Nombre del doctor de cabecera: _____ Tel._____

Dirección del médico:_____

Diagnóstico: _____

Nombre del medicamento: _____

Fecha del medicamento:_____

Descripción: líquido_____ cápsulas_____ color_____

Requiere refrigeración: Si_____ No_____

Dosis recetada: _____ Horario: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Posibles efectos adversos:

_____

Plan para posibles efectos adversos:

_____

_____ _____
Nombre del médico Número de licencia

_____ _____
Firma del médico Fecha: día / mes / año

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración para el Cuidado y
Desarrollo Integral de la Niñez

Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño
Área de Calidad y Desarrollo
Unidad de Salud

AUTORIZACION DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO(A)

Yo, _____, padre, madre o encargado(a) _____

de_____ _____, residente de

_____con número de teléfono _____

autorizo a _____ a suministrar el medicamento descrito anteriormente de acuerdo a las instrucciones ofrecidas por el médico. Declaro que he administrado al menos una dosis del medicamento a mi hijo sin efectos adversos.

_____ _____

Firma del padre, madre o encargado Fecha: día / mes / año

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez

Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño
Área de Calidad y Desarrollo
Unidad de Salud

REGISTRO SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del niño(a): _____

FECHA D/M/A	HORA	DOSIS	FIRMA	FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO (A) DEL NIÑO (A)

Observaciones:

_____

_____

_____

Revise:

-Formulario de administración está completo

-El medicamento está en el envase original

-El medicamento esta rotulado apropiadamente

Persona que recibe el medicamento: _____

Fecha: _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez

Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño
Área de Calidad y Desarrollo
Unidad de Salud

Informe de Incidentes Relacionados a la Administración de Medicamentos

Nombre del Centro:_____

1. Nombre del niño(a):_____ Fecha____/_____/_____
2. Medicamento administrado_____

   Dosis administrada: _____

   Forma administración del medicamento **Líquida** ☐ **Cápsula** ☐ **Ungüento o Crema** ☐

   Fecha: _____/_____/_____ Hora: _____

   Administrada por: _____
3. Cambios observados en el niño(a):_____

   _____

   _____

   _____

   Fecha_____/_____/_____ Hora_____ Firma_____

4. Notificado a: _____

   ☐ Padre, Madre o Encargado Fecha_____/_____/_____

   ☐ Médico del niño(a) Fecha_____/_____/_____

Comentarios: _____

_____

_____

_____

_____ _____/_____/_____
Firma persona que rinde informe **Fecha**

PROCEDIMIENTO:
AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

La autorización para suministrar medicamentos se divide en dos (2) partes de igual importancia. La primera parte permite recibir la información del medicamento directamente del médico que atiende al niño(a); evita confusiones, tanto en la dosis a administrar como en el inicio y terminación del medicamento. Esta primera parte del permiso se completará en la consulta médica, por lo que los padres la llevarán al visitar su médico. La segunda parte es la autorización del padre, madre o encargado del niño(a), para que se le administren los medicamentos. El padre, madre o encargado autorizará a quien el Director del Centro designe para administrar medicamentos o al cuidador del hogar licenciado.

El control y uso de medicamentos se registrará rigurosamente en el Registro de Suministro de Medicamentos, que acompaña el formulario. Es requisito del Registro, anotar fecha, hora, dosis y firma. Si el niño (a) manifiesta alguna reacción, luego de administrársele el medicamento, se procederá a llamar a los padres y/o al médico que receta. Se realizarán las anotaciones que se requieran en el formulario: Informe de Incidentes relacionados a la Administración de Medicamentos. Situaciones de emergencia, serán manejadas según el protocolo de Administración de Medicamentos de la entidad que supervisa los centros u hogares de cuidado y desarrollo del niño(a).

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez

Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño
Área de Calidad y Desarrollo
Unidad de Salud

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA CENTROS/HOGARES LICENCIADOS/HOGARES EXENTOS NO FAMILIARES

_____

Nombre del Niño (a) – (Letra de Molde)

Se requiere que todo medicamento que se le administra a un niño (a), debe ser recomendado por su médico.

A continuación se presenta una lista de productos que son utilizados con frecuencia para infantes y niños (a) pequeños. Favor de marcar y especificar los que se pueden administrar al niño (a).

- ☐ Loción para el cuerpo _____
- ☐ Bálsamo de labios_____
- ☐ Crema para pañales_____
- ☐ Ungüento de la dentición_____
- ☐ Loción de protección de sol _____
- ☐ Aliviador del dolor (sin aspirina)_____
- ☐ Repelente de mosquitos _____
- ☐ Nombre del producto: _____
  - Dosis _____
  - ¿A qué temperatura del cuerpo? _____
- ☐ Medicina de la tos _____
- ☐ Otros:_____
  _____
  _____
  _____
  _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono _____
Letra de Molde

Esta autorización es válida por máximo de un año desde ____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

_____ _____
Firma del Médico Fecha

_____ _____
Firma Padre, Madre o encargado (a) Fecha