



Formulario de Consentimiento Verbal y Administración del Registro

- Use este formulario si:
 - un padre/madre o tutor(a) llega al programa solicitando que se administre un medicamento sin tener instrucciones escritas de la persona autorizada para prescribir.
 - un niño(a) desarrolla síntomas mientras está bajo su cuidado que requieren la administración de medicamentos sin prescripción médica.
- El medicamento autorizado en este formulario es válido por un solo día. Este formulario de consentimiento no autoriza la administración del medicamento indicado abajo durante días múltiples.

1. Nombre y apellido del niño(a):	2. Nombre del medicamento (incluyendo su dosis):	3. Cantidad/dosis a darse:
4. Ruta de administración:	5. Frecuencia de administración, sólo para hoy:	
6A. Posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete para una lista completa de posibles efectos secundarios (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete)		
Y/O		
6B: Efectos adicionales: _____		
7. ¿Qué acción debería tomar el programa si se notan efectos secundarios?:		
<input type="checkbox"/> Contáctese con al padre/madre <input type="checkbox"/> Contáctese con el que prescribe llamando al número de teléfono provisto <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____		
8A. Instrucciones especiales: <input type="checkbox"/> Vea el informante del paquete o la lista completa de instrucciones especiales (debe obtenerse del paquete del medicamento o del informante del paquete)		
Y/O		
8B. Instrucciones especiales adicionales: (Incluya cualesquier preocupaciones relacionadas con interacciones posibles con otros medicamentos que el niño(a) está recibiendo o preocupaciones con respecto al uso del medicamento en lo que se relaciona a la edad del niño(a), alergias o cualquier condición preexistente.)		
También describa situaciones en las que el medicamento no debería ser administrado: _____		
9. Nombre del establecimiento/proveedor(a):	10. ID del establecimiento:	11. Número de Tel. del establecimiento:
12. Yo, _____, recibí permiso de _____		
(nombre del proveedor(a) de cuidado diurno)		(padre/madre/tutor(a) legal del niño(a))
para administrar el medicamento el ____ / ____ / _____. Las instrucciones que recibí del padre/madre o tutor(a) legal son iguales a las instrucciones de uso del medicamento. Si las instrucciones no emparejasen, yo recibí instrucciones verbales o escritas del proveedor(a) de salud o de la persona autorizada con licencia para prescribir.		

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

Formulario de Consentimiento Verbal y Administración del Registro

13. COMPLETE ESTA SECCION PARA EL CONSENTIMIENTO MEDICO VERBAL REQUIRIENDO INSTRUCCIONES DEL PROVEEDOR(A) DE SALUD

Además del consentimiento del padre/madre/tutor(a) legal, yo _____ recibí instrucciones verbales de _____
 (nombre del proveedor(a) de cuidado diurno)
 (verifique los credenciales de la persona)

- Médico
- Asistente de Médico (PA)
- Enfermera(o) Practicante (NP)
- Enfermera(o) Registrada(o) en nombre del médico del niño(a), PA o NP

para administrar el medicamento el _____. Se ha hecho una solicitud para _____
 (fecha autorizada para darse)
 que el proveedor(a) de salud envíe las instrucciones de medicamentos por escrito.

14. Nombre del licenciado(a) para prescribir (médico, PA o NP):	15. Teléfono del licenciado(a) para prescribir:
---	---

16. Yo he verificado que las secciones #1 - #15 están completas. Mi firma indica que toda la información necesaria para administrar el medicamento con seguridad ha sido provista al programa de cuidado diurno.

17. Nombre del proveedor(a) de cuidado infantil autorizado (<i>en letra de imprenta</i>):	18. Fecha de recibo del padre/madre/tutor(a) legal:
---	---

19. Firma del proveedor(a) de cuidado infantil autorizado(a):
X

Documente la administración del medicamento en el registro de abajo.

Fecha de Administración	Medicamento	Dosis	Hora de Administración	Firma del Proveedor(a) de Cuidado Diurno

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR(A) LEGAL DEL CONSENTIMIENTO VERBAL

Yo, padre/madre/tutor(a) legal, he dado permiso verbal al programa de cuidado diurno para que administre el medicamento indicado anteriormente el _____
 (fecha)

Firma del padre/madre/ o tutor(a) legal:
X