



ESTADO DE NUEVA YORK  
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**FORMULARIO DE INFORME DE ERROR DE MEDICACION**



**Describe el incidente (incluya a todos los individuos involucrados en el error):**

**ACCIÓN TOMADA**

AGENCIA (OCFS) FUE NOTIFICADA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): /    /	PERSONA NOTIFICADA:
PADRE/MADRE/TUTOR(A) FUE NOTIFICADO(A) (Requisito inmediato): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): /    /	PERSONA NOTIFICADA:
SE RECOMENDO QUE EL PADRE/MADRE/TUTOR(A) NOTIFICARA AL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO DE LA SALUD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA RECOMENDACION: (mes/día/año, usando números): /    /	PERSONA A LA QUE SE LE RECOMENDO:
OTRAS PERSONAS NOTIFICADAS (proveedor(a) de cuidado de salud previo): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE LA NOTIFICACION (mes/día/año, usando números): /    /	PERSONA NOTIFICADA:

**Describe la acción correctiva que se tomó (dé a conocer que se realizará una investigación):**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO (Letras de Imprenta):	FECHA EN LA QUE EL FORMULARIO SE COMPLETO:
---	--

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO:  
**X**