

ESTADO DE NUEVA YORK
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA
(Centro de Cuidado Infantil/Guardería Infantil)

PROVEEDOR(A)/NOMBRE DEL PROGRAMA:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:

Fecha del Plan de Atención
Médica presentado ante la Oficina
de Servicios para Niños y Familias
(OCFS):

MODIFICACIONES

Utilice esta sección para registrar la fecha y el número de las página(s) de todas las modificaciones del plan de atención médica original. Cuando haya realizado una modificación (*cambio, adición o eliminación*) al plan original de atención médica, indique la fecha en que se hizo el cambio y después anote el número de las páginas afectadas por el cambio.

FECHA DE MODIFICACIÓN	PÁGINA(S)

Evaluación del Plan de Atención Médica por el Asesor(a) de Atención Médica

Para los programas que ofrecen cuidado para bebés y niños pequeños que están ligera o moderadamente enfermos y/o para la administración de medicamentos, el asesor(a) del programa de atención médica (*Health Care Consultant--HCC*) debe visitar el programa por lo menos una vez durante el período de licenciamiento. Esta visita incluye:

- una evaluación de las políticas y procedimientos de atención médica,
- una evaluación de la documentación y práctica; y
- una evaluación del cumplimiento continuo del plan de atención médica (*Health Care Plan--HCP*) y de las políticas.

Fecha de evaluación del HCP	Firma del HCC

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

Los formularios de la OCFS están disponibles en línea:

http://www.ocfs.state.ny.us/main/forms/day_care/

Los formularios de la OCFS también se pueden solicitar por correo:

OCFS Resource Distribution Center
11, 4th Avenue
Rensselaer, NY 12144

o por teléfono al (518) 473-0971

Sección 1: Salud de los niños y vacunas

Mi programa presta servicios a: **(marque todas las que correspondan)**

- Niños sanos
- Niños ligeramente enfermos
- Niños moderadamente enfermos

Niveles de enfermedad: cuándo pueden o no los niños asistir al programa

No puede asistir al programa ningún niño(a) con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Sospecha o diagnóstico de una enfermedad contagiosa según su definición por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York hasta ser evaluado y aprobado para su inclusión por un proveedor(a) de atención médica para participar en el programa
- Fiebre definida de la siguiente manera:
 - menos de seis meses de edad - una temperatura axilar (*debajo del brazo*) de 100°F o más alta o una temperatura auricular (*en el oído*) de 101°F o más alta
 - seis meses de edad o mayor - una temperatura oral, axilar (*debajo del brazo*) o auricular (*en el oído*) de 105°F o más alta
- Un niño(a) de seis meses o mayor con una temperatura oral o auricular (*en el oído*) de más de 101°F acompañada de un cambio de comportamiento, cuello rígido, sarpullido, irritabilidad extraordinaria, falta de comer, vómito o llanto excesivo
- Menos de cuatro mese de edad - vómito violento más de una vez [▲]
- Apariencia o comportamiento de estar muy enfermo o de empeorar rápidamente [▲]
- Dolor en el cuello cuando se mueve o se toca la cabeza del niño(a) [▲]
- Cuello rígido o dolor de cabeza intenso y apariencia de estar muy enfermo [▲]
- Convulsiona por primera vez [▲]
- Comportamiento confuso poco común [▲]
- Pupilas (centros negros de los ojos) desiguales [▲]

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

- Sarpullido de color rojo-sangre o púrpura formado por manchas o moretones del tamaño de la cabeza de un alfiler que no están relacionados con lesiones [▲]
- Sarpullido de urticaria o ronchas que aparece y se propaga rápidamente [▲]
- Respiración tan rápida o tan difícil que el niño(a) no puede jugar, hablar, llorar o beber [▲]
- Dolor intenso de estómago que provoca que el niño(a) se retuerza y grite [▲]
- Dolor de estómago sin vómito o diarrea después de una lesión reciente, un golpe en el vientre o una caída fuerte [▲]
- Heces negras o sangre en las heces [▲]
- No orina al menos una vez cada 8 horas, tiene la boca seca, no tiene lágrimas o tiene los ojos hundidos [▲]
- Secreción clara continua de la nariz después de un golpe fuerte en la cabeza [▲]

[▲] Adaptado de *Preparing for Illness: A Joint Responsibility for Parents and Caregivers (Preparación para las enfermedades: Una responsabilidad conjunta para padres y cuidadores)* 4ª Edición de la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Niveles de enfermedad: cuándo pueden o no los niños asistir al programa (continúa)

NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS Un niño(a) que reúna cualquiera de los siguientes criterios se define como "ligeramente enfermo":

- El niño(a) tiene síntomas de una enfermedad infantil leve que no representa un riesgo significativo de infección grave para otros niños.
- El niño(a) no se siente muy bien como para participar con comodidad en las actividades normales del programa pero puede participar con modificaciones menores, como con más tiempo de descanso.
- El cuidado del niño(a) ligeramente enfermo no interfiere con el cuidado o la supervisión de los demás niños.

NIÑOS MODERADAMENTE ENFERMOS: Un niño(a) que reúne cualquiera de los siguientes criterios se define como "moderadamente enfermo":

- El estado de salud del niño(a) requiere un nivel de cuidado y atención que no se puede atender en una guardería infantil sin los servicios especializados de un profesional médico.
- EL cuidado del niño(a) interfiere con el cuidado de los demás niños y el niño(a) se debe separar de la rutina normal del programa de cuidado infantil y se debe colocar en un lugar aparte en el programa, pero ha sido evaluado y aprobado para incluirlo por el proveedor(a) de atención médica como participante en el programa.

Nota: Las definiciones anteriores **no** incluyen a niños que se encuentran protegidos bajo la Ley para los Norteamericanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act--ADA) Los programas deben tener en cuenta el caso individual de cada niño(a) y acatar los requisitos del ADA.

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Identifique los procedimientos para el cuidado de un niño(a) que presente síntomas de enfermedad mientras se encuentre bajo cuidado.

Una vez inscrito en el programa, todo niño(a), excepto aquéllos en el jardín de niños o en grados superiores, proporcionará una constancia por escrito de un proveedor(a) de atención médica en la cual establece que el niño(a) puede participar en la guardería o en un centro de cuidado infantil, que actualmente parece estar libre de enfermedades contagiosas y que se somete con frecuencia a revisiones médicas y recibe las vacunas a tiempo. El programa aceptará a un niño(a) que no haya recibido todas la vacunas requeridas únicamente si los reglamentos lo permiten.

EL programa mantendrá la documentación de cada niño(a) que haya recibido las vacunas requeridas por la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York a menos que esté exento según los reglamentos.

¿Con qué frecuencia se revisan los registros de vacunas para cada grupo de edad?

- ◆ 6 semanas a 2 años:
- ◆ 2 años a 5 años:

Se notificará a los padres de la(s) siguiente(s) manera(s) cuando los registros indiquen la necesidad de actualizar las vacunas: **(marque todas las que correspondan)**

- Notificación escrita
- Otro:

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

Programas de cuidado para niños ligeramente enfermos

Llene esta sección SOLAMENTE si su programa cuida a niños enfermos que se pueden cuidar sin los servicios especializados de un profesional médico.

El programa garantizará que el personal adecuado estará disponible para cumplir con las necesidades de los niños enfermos sin comprometer el cuidado de los demás niños en el programa.

Capacitación del personal

El personal del programa que cuide a niños enfermos tendrá capacitación en los siguientes temas: **(marque todas las que correspondan)**

- Reconocimiento de signos y síntomas de enfermedad, entre ellos identificación de enfermedades contagiosas
- Criterios de exclusión
- Necesidades emocionales y físicas, entre ellas la supervisión y el consuelo, de los niños enfermos
- Procedimientos para el control de infecciones
- Comunicación con los padres
- Otro:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA CUIDARA DE NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Políticas para el control de infecciones

Además de las políticas para el control de infecciones detalladas en este plan de atención médica, para disminuir el riesgo de contagio de un niño(a) enfermo a otro, el personal: **(marque todas las que correspondan)**

- Utilizará únicamente equipo y juguetes que se puedan lavar cuando cuide a un niño(a) enfermo. El equipo y los juguetes se mantendrán limpios y funcionando de manera segura. Desinfectará todo el equipo y juguetes utilizados por los niños enfermos después de cada uso.
- Se lavará las manos después de hacer la cama, sonar la nariz o jugar con un niño(a) enfermo o sus pertenencias.
- Desechará los pañales sucios en un recipiente cerrado con revestimiento hermético. El recipiente se desinfectará diariamente.
- Otro:

Se evaluará a los niños periódicamente durante el día según la enfermedad de cada niño(a) con el fin de controlar el estado de cada uno. Todas las observaciones realizadas durante estas evaluaciones periódicas se registrarán e informarán a los padres al final del día o, de ser necesario, con mayor frecuencia. Se notificará inmediatamente a los padres de cualquier cambio significativo en la condición del niño(a) si el cuidado del niño(a) excede lo que el programa puede proporcionar de manera segura. De ser necesario, el programa hará los arreglos necesarios con los padres para obtener tratamiento médico. Si no se puede ubicar a los padres o si la condición del niño(a) lo justifica, se obtendrá tratamiento médico de emergencia sin demora.

Administración de Medicamentos

Si en el programa **no** se administran medicamentos, explique cómo se atenderán las necesidades del niño(a) si está tomando medicamentos que se deben administrar durante las horas del programa.

- N/C *(Mi programa está autorizado para administrar medicamentos).*

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA CUIDARÁ DE NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS

Programas de cuidado para niños ligeramente enfermos

Llene esta sección SOLAMENTE si su programa cuidará niños ligeramente enfermos.

Aprobación del Proveedor(a) de Atención Médica

Antes de acudir al programa, un niño(a) definido como ligeramente enfermo debe tener la aprobación del proveedor(a) de atención médica.

Proporción de personal

El programa garantizará que el personal adecuado estará disponible para atender las necesidades de los niños enfermos sin comprometer el cuidado de los demás niños en el programa.

Capacitación del personal.

El personal del programa que cuide a los niños ligeramente enfermos tendrá capacitación en los siguientes temas: **(marque todos los que correspondan)**

- Reconocimiento de signos y síntomas de enfermedad, incluyendo la identificación de enfermedades contagiosas
- Criterios de exclusión
- Necesidades emocionales y físicas, incluyendo la supervisión y el consuelo de niños enfermos
- Procedimientos para el control de infecciones
- Comunicación con los padres
- Otro:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA CUIDARÁ NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Políticas para el control de infecciones

Además de las políticas para el control de infecciones detalladas en este plan de atención médica, para disminuir el riesgo de contagio de un niño(a) enfermo a otro, el personal:

(marque todas las que correspondan)

- Utilizará únicamente equipo y juguetes que se puedan lavar cuando cuide a un niño(a) enfermo. El equipo y los juguetes se mantendrán limpios y funcionando de manera segura. El equipo y los juguetes utilizados por niños enfermos se desinfectarán después de cada uso.
- Se lavará las manos después de hacer camas, sonar narices, jugar con un niño(a) enfermo o sus pertenencias.
- Desechará los pañales sucios en un recipiente tapado con revestimiento hermético. El recipiente se desinfectará diariamente.
- Otro:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA CUIDARÁ NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Documentación administrativa

Todo niño(a) enfermo bajo cuidado tendrá un plan de cuidado individual. Este plan señalará en detalle las responsabilidades específicas del personal del programa para atender de manera segura las necesidades del niño(a) enfermo mientras se encuentre en el programa. Se mantendrá un registro del estado del niño(a) a lo largo del día.

Cambio de condición

Se evaluará a los niños periódicamente durante el día según la enfermedad de cada niño(a) y con el fin de controlar el estado de cada uno. Todas las observaciones realizadas durante estas evaluaciones periódicas se registrarán e informarán a los padres al final del día o, de ser necesario, con mayor frecuencia. Se notificará inmediatamente a los padres de cualquier cambio significativo en la condición del niño(a) o si el cuidado del niño(a) excede lo que el programa puede proporcionar de manera segura. De ser necesario, el programa hará los arreglos necesarios con los padres para obtener tratamiento médico. Si no se puede ubicar a los padres o si la condición del niño(a) lo justifica, se obtendrá tratamiento médico de emergencia sin demora.

Administración de medicamentos

Si el programa no administrará medicamentos, explique cómo se atenderán las necesidades del niño(a) si está tomando medicamentos que requieren su administración durante el horario del programa.

N/C (Mi programa está autorizado para administrar medicamentos.)

Disponibilidad de un Profesional de Atención Médica

El programa puede acceder a un profesional de atención médica durante el horario del programa de la siguiente manera:

Nombre del Profesional de Atención Médica:
Título del Profesional de Atención Médica:
Número de licencia profesional del Profesional de Atención Médica:

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA CUIDARÁ NIÑOS LIGERAMENTE ENFERMOS

Sección 2: Niños con necesidades especiales de atención médica

Un niño(a) con necesidades especiales de atención médica se define como "un niño(a) con problemas crónicos de tipo físico, del desarrollo, de comportamiento o emocional con una duración esperada de 12 meses o más y quien necesita un tipo o cantidad de servicios de atención médica superior al que requieren los niños en general".

Todo niño(a) identificado con necesidades especiales de atención médica contará con un plan individual con toda la información necesaria para cuidar de forma segura al niño(a). Este plan será elaborado con los padres del niño(a) y el proveedor(a) de atención médica. Si el niño(a) necesita medicamentos o tratamiento médico durante las horas del programa, el programa tendrá autorización para administrar medicamentos.

El programa utilizará: **(marque uno)**

- Formulario de OCFS: *Plan Individual de Cuidado de la Salud para un Niño(a) con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud (OCFS-LDSS-7006S)*
- Otro: (sírvase adjuntar el formulario)

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 3: Revisiones médicas diarias

Un miembro del personal debidamente capacitado realizará una revisión médica diaria de cada niño(a) en el momento en que llegue al programa, mediante el siguiente procedimiento **(marque uno)**

- Ver Apéndice A: *Instrucciones para la revisión médica diaria*
- Otro: (sírvese adjuntar el formulario)

Yo (o mi personal) tendremos capacitación en los siguientes temas:
(Marque todos los que correspondan)

- Reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades, enfermedades contagiosas y lesiones
- Criterios de exclusión
- Necesidades emocionales y físicas *(incluyendo supervisión y consuelo)* de los niños enfermos
- Otro: (sírvese adjuntar el formulario)

El programa mantendrá conocimiento actual de la lista de enfermedades contagiosas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Tenemos conocimiento de que la lista está accesible en:

http://www.health.state.ny.us/nysdoh/communicable_diseases/en/index.htm

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Cualquier signo de enfermedad, enfermedad contagiosa, lesión y/o abuso y maltrato encontrado se documentará y guardará en un archivo para cada niño(a) de la siguiente forma:

- En el archivo de cada niño(a)
- En un registro por separado
- Otro:

Como informantes obligatorios o bajo mandato, si yo o mi personal tenemos razón justificada para sospechar que un niño(a) a mi cuidado es víctima de abuso o maltrato, se tomarán las siguientes medidas:

- 1) Se llevará a cabo de inmediato un informe oral a la línea telefónica de emergencia para informantes bajo mandato.
(1-800-635-1522)
- 2) Se enviará un informe escrito a los Servicios de Protección de Menores local (*Child Protection Services--CPS*) utilizando el formulario LDSS-2221AS en un lapso de 48 horas a partir de presentar el del informe oral.
- 3) Procedimientos adicionales (si los hay):

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA

Sección 4: Políticas de salud del personal

- DCC: El programa cumple con todos requisitos de constancia médica que aparecen en 18 NYCRR § 418-1.11 (c).

Ninguna persona con signos de enfermedad o que se sepa estar infectada con alguna bacteria o virus que se pueda transmitir por alimentos tendrá bajo su responsabilidad el manejo o la preparación de alimentos.

Ningún proveedor(a) de cuidado con signos y síntomas de enfermedad que caiga dentro de los criterios de exclusión del plan de atención médica cuidará a los niños.

Sección 5: Procedimientos de control de infecciones

El personal utilizará los siguientes planes para reducir el riesgo de infecciones en el programa: **(marque todos las que correspondan)**

- Lavado de manos *(ver Apéndice B)*
- Cambio de pañales *(ver Apéndice C)*
- Precauciones de seguridad en relación con la sangre y los líquidos corporales *(ver el Apéndice D)*
- Limpieza y desinfección de equipo y juguetes *(ver Apéndice E)*
- Uso de guantes *(ver Apéndice F)*
- Otro: *(sírvese adjuntar)*

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 6: Procedimientos de emergencia

Los números telefónicos del departamento de bomberos, del departamento de policía local o estatal o del alguacil, del centro de toxicología y de los servicios de ambulancia se colocarán junto a cada aparato telefónico en el programa que pueda hacer llamadas externas.

El programa utiliza los siguientes formularios para registrar la información de contacto de emergencia para cada niño(a) (**marque uno**)

- Formulario de la OCFS: *Formulario de Inscripción en un Centro de Cuidado Infantil/Guardería Infantil (OCFS-LDSS-0792) "Blue Card" o Tarjeta Azul*
- Otro: (*sírvase adjuntar*)

La información de contacto de emergencia para cada niño(a) se guardará en los siguientes sitios de fácil acceso: (**marque todos los que correspondan**)

- La bolsa de emergencia
- En la pared
- En archivos
- Otro:

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

En caso de emergencia, se llevará a cabo el siguiente plan:

1. Mantener la calma. Tranquilizar al niño(a) (víctima) y a los demás niños en la escena. Como regla general, no mover a un niño(a) con una lesión o enfermedad grave, aunque habrá veces en que lo tenga que hacer:
 - o Si el área es insegura, pasarlo a un lugar seguro;
 - o Si la víctima se encuentra bocabajo y requiere RCP, darle vuelta para que quede boca arriba; y
 - o Si la víctima no reacciona, tiene abierta una vía respiratoria y está respirando sin ayuda, colocarla de lado con la mano de la víctima hacia el frente.
2. Llamar a los servicios médicos de emergencia. Brindarles toda la información importante despacio y con claridad. Para asegurarse de haberles dado toda la información necesaria, esperar a que la otra parte cuelgue primero. Si se sospecha envenenamiento accidental, comunicarse primero con el **teléfono de emergencia del Control Nacional de Toxicología al 1-800-222-1222** para solicitar ayuda.
3. Seguir las instrucciones que indique el operador(a) del servicio de emergencia.
4. Enviar información de contacto de emergencia y autorización para obtener atención de emergencia cuando se transporte al niño(a) para recibir atención médica de emergencia.
5. Notificar a los padres de la emergencia tan pronto como sea posible. Si no se puede localizar a los padres, notificar a la persona de contacto en casos de emergencia.
6. Un vez que se hayan atendido las necesidades del niño(a) y de los demás, notificar de inmediato a la OCFS si la emergencia implica lesiones serias, enfermedades infecciosas o la muerte del niño(a).
7. Llenar el formulario *Informe de Incidente en Centro de Cuidado Infantil/Guardería Infantil* (LDSS-4436). Dar una copia a los padres del niño(a) y conservar una copia en archivo. Si el incidente resulta en la muerte de un niño(a), enviar una copia del informe completo a la oficina regional de la OCFS.

Procedimientos adicionales de emergencia (si son necesarios)

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Si un niño(a) enfermo o lesionado bajo mi cuidado requiere transporte: **(marque uno)**

- No proporcionaré transporte para el niño(a) enfermo o lesionado. Se llamará a los padres del niño(a) o a los servicios médicos de emergencia como el 911 para que proporcionen transporte.
- Proporcionaré transporte para el niño(a) enfermo o lesionado después de asegurarme que el personal adecuado esté disponible para supervisar a los demás niños en el programa, para que la proporción de personal con respecto al número de niños se mantenga en todo momento. Si no es posible mantener la proporción adecuada entre el personal y el número de niños, se notificará a los padres del niño(a) para que proporcionen transporte. Si los padres del niño(a) no están disponibles, se llamará a los servicios médicos de emergencia para que proporcionen transporte.
- Otro:

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

SECCIÓN 7– Botiquín de primeros auxilios

Los botiquines de primeros auxilios se mantendrán fuera del alcance de los niños y se reabastecerán a medida que se utilicen los artículos. El programa tendrá al menos un botiquín de primeros auxilios. El botiquín de primeros auxilios se llevará en todos los viajes fuera del establecimiento.

A continuación aparecen los artículos recomendados que debe tener un botiquín de primeros auxilios, aunque no está limitado a éstos:

- Guantes desechables, de preferencia de vinilo
- Apósitos de gasa estéril en varios tamaños
- Cinta adhesiva para vendas
- Gasa en rollo
- Compresa fría

El programa: **(marque todos los que correspondan)**

Mantendrá en el botiquín de primeros auxilios las siguientes pomadas **de uso externo** de venta libre: *(Los programas deben contar con el permiso de los padres para su aplicación antes de administrarla al niño[a]).*

Mantendrá en el botiquín de primeros auxilios los siguientes medicamentos de venta libre: *(Los programas que piensen mantener un surtido de medicamentos de venta libre administrados por cualquier vía diferente a la externa **deben** tener autorización para administrar medicamentos y contar con todos los permisos adecuados de acuerdo a lo establecido por los reglamentos antes de administrar medicamentos a un niño[a]).*

Mantener en el botiquín de primeros auxilios los siguiente tipos de medicamentos específicos para niños, por ejemplo, EpiPen® e inhaladores para asma. *(Los programas **deben** tener autorización para administrar medicamentos y todos los permisos adecuados según lo disponen los reglamentos antes de almacenarlos y administrarlos a un niño(a)).*

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Indique los artículos adicionales (o sustitutos recomendados para los artículos que aparecen anteriormente) que se almacenarán en el botiquín de primeros auxilios.

El botiquín de primeros auxilios del programa se almacenará en los siguientes lugar(es): (Se recomienda mantener el botiquín en una bolsa de emergencia para utilizarlo en caso de una evacuación de emergencia).

EL personal lo revisará para asegurarse de que el botiquín de primeros auxilios se encuentre surtido con los artículos indicados anteriormente y que los mismos no hayan vencido:

(marque uno)

- Después de cada uso
- Mensualmente
- Otro:

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

Sección 8: Decisión del programa en cuanto a la administración de medicamentos

El programa ha tomado la siguiente decisión con respecto a la administración de medicamentos: *(marque uno)*

- El personal **SOLAMENTE** administrará pomadas de uso externo, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo de venta libre.* *(Llene SOLAMENTE las Secciones 9 a 12)*

- El personal **ADMINISTRARÁ** los medicamentos.* *(Llene las Secciones 13-21 SOLAMENTE)*

*Un empleado(a) de un programa que sea pariente en tercer grado de consanguinidad de los padres o padrastros del niño(a) puede administrar medicamentos al niño(a) que es su pariente, mientras el niño(a) asista al programa y aún cuando el programa no esté aprobado para administrar medicamentos o el empleado(a) no se encuentre en este plan de atención médica como administrador(a) de medicamentos.

Un pariente dentro del tercer grado de consanguinidad del padre, padrastro o madrastra incluye: los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos y tías con sus cónyuges, tíos abuelos y tías abuelas con sus cónyuges, hermanos y primos directos del niño(a) con sus cónyuges.

Si un pariente dentro del tercer grado de consanguinidad de los padres o de los padrastros administra medicamentos a un niño(a) durante el horario del programa, la dosis y la hora de la administración del medicamento se documentarán de la siguiente manera:

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA

REQUERIDO

REQUERIDO

REQUERIDO

Las Secciones 9 a 12 se deben llenar SOLAMENTE si el programa piensa administrar pomadas de uso externo, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo de venta libre y **no** administra ningún otro medicamento.

Sección 9: Programas que SOLAMENTE administrarán pomadas de aplicación externa, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo de venta libre

El personal tendrá la autorización de los padres para aplicar cualquier medicamento de uso externo de venta libre, protector solar o repelente de insectos de uso externo (TO/S/R) de acuerdo con las normas de la OCFS.

Todo TO/S/R de venta libre se aplicará de acuerdo con las instrucciones de uso en el paquete. Si las instrucciones de los padres no coinciden con las del paquete, el personal del programa obtendrá instrucciones del proveedor(a) de atención médica antes de aplicar el TO/S/R.

Todos los TO/S/R de venta libre se guardarán en su envase original etiquetado. Todos los TO/S/R indicados para uso en un niño(a) en particular se marcarán con el nombre y apellido del niño(a).

Los TO/S/R se almacenarán en un lugar limpio inaccesible a los niños. Explicar en dónde se almacenarán.

Todos los TO/S/R sobrantes o vencidos se devolverán a los padres del niño(a) para su eliminación. Los TO/S/R que los padres recojan se desecharán en un bote de basura inaccesible a los niños.

Todos los TO/S/R de venta libre aplicados al niño(a) durante el horario del programa se documentarán de la siguiente forma: **(marque todos los que correspondan)**

- En un registro específico para el niño(a)
- En la hoja del día del niño(a)
- Otro: (explicar):

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ÚNICAMENTE ADMINISTRARÁ POMADAS DE USO EXTERNO, PROTECTORES SOLARES Y REPELENTE DE INSECTOS DE USO EXTERNO DE VENTA LIBRE.

Se documentarán todos los efectos secundarios observados. Se notificará a los padres al final del día de cualquier efecto secundario observado. La notificación a los padres será inmediata si los efectos secundarios son graves. De ser necesario, se llamará a los servicios médicos de emergencia.

Se notificará a los padres "en el momento oportuno" de todos los TO/S/R de venta libre aplicados a su hijo y se les indicará qué síntomas se observaron que hicieron indispensable la aplicación.

El programa: **(marque uno)**

- Mantendrá un inventario de TO/S/R de venta libre disponible para su uso en niños cuyos padres hayan dado su consentimiento. Estos incluyen lo siguiente: *(sírvase enumerar)*

- Sólo aplicar los TO/S/R de venta libre que suministren los padres para sus hijos.

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ÚNICAMENTE ADMINISTRÁ POMADAS DE USO EXTERNO, PROTECTORES SOLARES Y REPELENTE DE INSECTOS DE USO EXTERNO DE VENTA LIBRE.

Se obtendrá la autorización de los padres antes de aplicar cualquier TO/S/R de venta libre no indicado específicamente para uso en un niño(a) en particular. Se informará a los padres que el TO/S/R aplicado no está indicado específicamente para uso en el niño(a) en particular y que podría utilizarse en varios niños.

El personal acatará las siguientes pautas para el control de infecciones siempre que utilice TO/S/R no indicados específicamente para uso en un niño(a) en particular:

- lavarse las manos antes y después de aplicar los TO/S/R,
- tener cuidado al sacar los TO/S/R de la botella o tubo sin tocar el envase,
- obtener una cantidad adecuada de TO/S/R de manera que no sea necesario obtener más una vez que el proveedor(a) haya empezado a aplicar el TO/S/R *(si se requiere TO/S/R adicional se debe obtener después de aplicarlo en la piel del niño(a), lavarse las manos antes de tocar el envase),*
- usar guantes cuando sea necesario, y
- el TO/S/R que pueda estar contaminado se debe desechar de manera segura.

El programa entiende que es nuestra obligación proteger de lesiones a los niños bajo nuestro cuidado. Parte de esta obligación incluye la aplicación de protector solar y/o otras pomadas de uso externo de acuerdo a lo permitido por los padres.

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ÚNICAMENTE ADMINISTRARÁ POMADAS DE USO EXTERNO, PROTECTORES SOLARES Y REPELENTE DE INSECTOS DE USO EXTERNO DE VENTA LIBRE.

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 10: Declaración de confidencialidad

La información sobre todos los niños en el programa es confidencial y no se proporcionará a nadie con excepción de la Oficina, las personas designadas u otras personas autorizadas por la ley a menos que los padres del niño(a) otorguen su consentimiento por escrito.

La información sobre un niño(a) en el programa se proporcionará a los servicios sociales del distrito si el niño(a) recibe subsidio para cuidado infantil/guardería de parte del distrito, en los casos en que el niño(a) haya sido nombrado en un informe de presuntos abusos o maltratos o según lo permitido por la ley.

Sección 11. Declaración de ADA

El programa cumplirá con las disposiciones de la Ley para los Norteamericanos con Discapacidades. Si en la actualidad o en el futuro se determina que un niño(a) inscrito en el programa tiene una discapacidad comprendida en la Ley para los Norteamericanos con Discapacidades, evaluaré la capacidad del programa para atender las necesidades del niño(a). Si el programa puede atender las necesidades del niño(a) sin realizar una alteración fundamental al programa y el niño(a) requiere medicamentos constantes o de emergencia, el programa seguirá los pasos necesarios para recibir aprobación para la administración de medicamentos.

Sección 12. Declaración del Proveedor(a)

Este plan de atención médica y todas las normas de salud y control de infecciones en centros de cuidado infantil/guarderías las cumplirán todo el personal y los voluntarios del programa.

Entiendo que la OCFS debe evaluar y aprobar el plan de atención médica del programa antes de implementar cualquier tipo de políticas y procedimientos.

Entiendo que la OCFS debe evaluar y aprobar todos los cambios o modificaciones al plan de atención médica antes de que el programa pueda implementar los cambios.

El plan de atención médica estará disponible para los padres al momento de inscripción, cuando se realicen cambios y cuando lo soliciten.

Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Diurno (letra de molde):	Número de Licencia o de Registro del Proveedor(a) o Establecimiento:
Firma del Proveedor(a) de Cuidado Diurno:	Fecha:

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ÚNICAMENTE ADMINISTRARÁ POMADAS DE USO EXTERNO, PROTECTORES SOLARES Y REPELENTE DE INSECTOS DE USO EXTERNO DE VENTA LIBRE.

Las Secciones 13 a 21 se deben llenar SOLAMENTE si el programa piensa administrar medicamentos.

Sección 13: Para programas que ADMINISTRARÁN medicamentos

El programa administrará medicamentos de venta con receta y de venta libre para todas las vías cubiertas en el curso MAT (*orales, de uso externo, para los ojos y oídos e inhalados, parches medicados y epinefrina por medio de un dispositivo auto-inyector.*)

El programa administrará medicamentos de acuerdo con las normas de cuidado diurno de la OCFS en relación con la administración de medicamentos en centros de cuidado infantil/guarderías. Solamente un proveedor(a) que haya terminado la capacitación adecuada o tenga una certificación profesional adecuada y aparezca en la lista como administrador(a) de medicamentos en este plan de atención médica tendrá autorización para administrar medicamentos en el programa, con la excepción de pomadas de uso externo, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo de venta libre.

Sección 14. Personal autorizado para administrar medicamentos

La Sección 14 se debe llenar si el programa piensa administrar medicamentos.

Toda persona que aparezca en esta sección como administrador(a) de medicamentos está autorizada para administrar medicamentos utilizando las siguientes vías: aplicación externa, oral, por aspiración, en los ojos, en los oídos, parches medicados y epinefrina mediante un dispositivo auto-inyector.

Si un niño(a) en el programa requiere medicamentos rectales, vaginales, inyectados o por otra vía no indicada anteriormente, se deberán seguir los requisitos y procedimientos reglamentarios descritos para niños con necesidades especiales de atención médica.

Para ser aprobado como administrador(a) de medicamentos de venta libre diferentes a pomadas de uso externo, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo, todas las personas que aparecen en el plan de atención médica deben tener:

- Certificado vigente para la Administración de Medicamentos (*Medication Administration Training—MAT*)
- Certificado vigente de RCP que cubra todas las edades de los niños para los cuales el programa tiene autorización de cuidar, según el certificado del programa.
- Certificado vigente de primeros auxilios que cubra todas las edades de los niños para los cuales el programa tiene autorización de cuidar según el certificado del programa ○
- Una exención de los requisitos de capacitación según los reglamentos

Las personas que aparecen en el plan de atención médica del programa como administradores de medicamentos solamente pueden administrar medicamentos cuando las etiquetas, insertos, instrucciones y todos los materiales relacionados estén escritos en los idiomas indicados en el certificado de MAT. Todos los administradores de medicamentos verificarán los Cinco Derechos (*medicamento, hora, dosis, vía y niño(a)*) de acuerdo con los mejores estándares de práctica cuando administren los medicamentos.

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

Administradores de Medicamentos

Número de Identificación del Establecimiento:	Si este formulario se presenta ante la OCFS por separado del plan de atención médica, indique la fecha de envío:
--	---

Este formulario se puede enviar por separado a la OCFS si el plan de atención médica del programa ya ha sido aprobado y el único cambio al plan es la adición o eliminación de un administrador(a) de medicamentos o alguna actualización de la información de un administrador(a) de medicamentos existente. Toda adición, eliminación o cambio de un administrador(a) de medicamentos debe ser aprobada por el asesor(a) del programa de atención médica y por la OCFS.

Todo el personal que aparece como administrador(a) de medicamentos, tendrá certificados en primeros auxilios y RCP que cubran las edades de los niños bajo cuidado y deben tener al menos 18 años de edad. La documentación de los certificados de edad apropiada para primeros auxilios y RCP se conservará en el establecimiento y estará disponible por solicitud.

(Marque uno) AÑADIR a la lista CAMBIAR la información ELIMINAR de la lista

Nombre del Proveedor(a):	
Idiomas del Certificado MAT:	Fecha de vencimiento del Certificado MAT:
La firma del Asesor(a) de Atención Médica indica la aprobación de la persona (<i>verificación de edad, certificado MAT, certificados de primeros auxilios y RCP</i>):	Fecha:

Información adicional del personal (*según corresponda*):

(Marque uno) AÑADIR a la lista CAMBIAR la información ELIMINAR de la lista

Nombre del Proveedor(a):	
Idiomas del Certificado MAT:	Fecha de vencimiento del Certificado MAT:
La firma del Asesor(a) de Atención Médica indica la aprobación de la persona (<i>verificación de edad, certificado MAT, certificados de primeros auxilios y RCP</i>):	Fecha:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Información adicional del personal (según corresponda):

(Marque uno) AÑADIR a la lista CAMBIAR la información ELIMINAR de la lista

Nombre del Proveedor(a):	
Idiomas del Certificado MAT:	Fecha de vencimiento del Certificado MAT:
La firma del Asesor(a) de Atención Médica indica la aprobación de la persona (verificación de edad, certificado MAT, certificados de primeros auxilios y RCP):	Fecha:

Información adicional del personal (según corresponda):

(Marque uno) AÑADIR a la lista CAMBIAR la información ELIMINAR de la lista

Nombre del Proveedor(a):	
Idiomas del Certificado MAT:	Fecha de vencimiento del Certificado MAT:
La firma del Asesor(a) de Atención Médica indica la aprobación de la persona (verificación de edad, certificado MAT, certificados de primeros auxilios y RCP):	Fecha:

Las siguientes personas tienen licencia o certificado profesional lo cual los exenta de los requisitos de capacitación para administrar medicamentos. Se adjuntan copias de los certificados de las personas y se enviarán a la Oficina.

(Marque uno) AÑADIR a la lista CAMBIAR la información ELIMINAR de la lista

Nombre:	
Licencia o certificado (marque uno):	<input type="checkbox"/> EMT-CC <input type="checkbox"/> EMT- I <input type="checkbox"/> EMT-P <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO
Fecha de vencimiento de la licencia o certificado:	
La firma del Asesor(a) de Atención Médica indica la aprobación de la persona (verificación de edad y la certificación profesional):	Fecha:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 15. Formularios y documentación relacionada con la administración de medicamentos

Formulario de autorización para la administración de medicamentos (**marque todos los que correspondan**)

- El programa aceptará autorización e instrucciones para administrar medicamentos en el formulario de la OCFS *Formulario Escrito de Aprobación para la Administración de Medicamentos* (OCFS-LDSS-7002).
- El programa aceptará autorización e instrucciones para administrar medicamentos en el formulario de aprobación de medicamentos elaborado por el programa (sírvase adjuntar).
- Se aceptarán autorizaciones e instrucciones NO recibidos en el formulario de la OCFS o en el formulario específico del programa con la condición de que la información requerida relacionada con los medicamentos esté completa.
- Otro:

Los formularios de autorización para la administración de medicamentos de administración ininterrumpida se deben renovar de acuerdo a lo establecido por los reglamentos. ¿Qué tan a menudo se evaluarán los permisos e instrucciones escritos para verificar que estén al día y que no hayan vencido?

Todos los medicamentos administrados a un niño(a) durante las horas del programa se documentarán en un registro de medicamentos específico para el niño(a).

El programa utiliza el siguiente formulario para documentar la administración de medicamentos durante las horas del programa: (**marque uno**)

- El formulario OCFS *Registro de Administración de Medicamentos* (OCFS-LDSS-7004)
- El registro de administración de medicamento adjunto elaborado por el programa (sírvase adjuntar)

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

El programa utiliza el siguiente formulario para documentar la aplicación de pomadas de uso externo, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo de venta libre durante las horas del programa: **(marque todos los que correspondan)**

- El formulario OCFS *Registro de Administración de Medicamentos* (OCFS-LDSS-7004)
- El registro de administración de medicamento adjunto elaborado por el programa *(sírvese adjuntar)*
- Otro:

Cada uno de los registros de medicamentos se adjuntará al formulario de autorización para la administración de medicamentos correspondiente al niño(a).

Todos los efectos secundarios observados se documentarán en el registro de medicamentos del niño(a). Se notificará a los padres al final del día de cualquier efecto secundario observable. La notificación a los padres será inmediata si los efectos secundarios son graves. De ser necesario, se llamará a los servicios médicos de emergencia.

Se notificará a los padres de todos los medicamentos administrados al niño(a) "según se necesiten" y se les mencionarán los síntomas observados y que hicieron necesaria la administración del medicamento.

El personal documentará cuando no se haya administrado un medicamento de acuerdo a lo programado. Se documentará la fecha, la hora y el motivo de ello. Se notificará a los padres tan pronto como sea posible. Si la omisión en la administración del medicamento de acuerdo a lo programado es un error de medicación, el personal seguirá todas las políticas y procedimientos relativos a errores de medicación.

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Autorización verbal

La política del programa en cuanto a la aceptación de autorización e instrucciones verbales cuando uno de los padres no puede proporcionar al programa autorización e instrucciones escritas es la siguiente: **(marque uno)**

- El programa no acepta autorización ni instrucciones verbales. Todas las autorizaciones e instrucciones se deben recibir por escrito.
- El programa aceptará autorizaciones verbales de los padres e instrucciones verbales del proveedor(a) de atención médica solamente en la medida que esté permitido por las normas de la OCFS. *(Solamente las personas autorizadas dentro del plan de atención médica para administrar medicamentos aceptarán autorizaciones e instrucciones verbales para todos los medicamentos excepto las pomadas de uso externo, los protectores solares y los repelentes de insectos de uso externo de venta libre.)*

El programa documentará las autorizaciones e instrucciones verbales recibidas y la administración de los medicamentos de la siguiente forma: **(marque una)**

- Formulario OCFS *Formulario de Aprobación para la Administración de Medicamentos y Registro de Administración (OCFS-LDSS-7003)*
- Formulario de aprobación verbal para administración de medicamentos y registro elaborado por el programa *(sírvese adjuntar)*
- Otro:

Todas las autorizaciones para la administración de medicamentos y todos los registros se almacenarán en el siguiente lugar (medio):

- Archivo del niño(a)
- Libro de registro de medicamentos
- Otro:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 16. Manejo, almacenamiento y disposición de medicamentos

Todos los medicamentos deben estar debidamente etiquetados con el nombre y el apellido del niño(a) y acompañados por la aprobación necesaria de los padres y, cuando corresponda, las instrucciones del proveedor(a) de atención médica de acuerdo a las normas de la OCFS antes aceptarlos de los padres o su representante.

Medicamentos de venta libre no indicados para el uso en un niño(a) en particular: (*marque uno*)

- No se mantendrá en el programa
- Se mantendrá en el programa. Mi procedimiento para almacenar estos medicamentos se encuentra adjunto.

Todos los medicamentos permanecerán en su envase original con su etiqueta.

Los medicamentos se deben mantener en un lugar limpio que sea inaccesible a los niños. Explicar en dónde se almacenarán los medicamentos. Indicar si algunos medicamentos, como el EpiPen®, se almacenarán en un lugar diferente.

Los medicamentos que requieran refrigeración se almacenarán: (*marque uno*)

- En un refrigerador sólo para medicamentos ubicado en:
- En un refrigerador para alimentos en un envase a hermético separado de los alimentos y fuera del alcance de los niños
- Otro:

Todo refrigerador utilizado para almacenar medicamentos se mantendrá a una temperatura entre 36°F y 46°F.

Explique con qué frecuencia se revisará la temperatura del refrigerador.

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Todos los medicamentos con etiqueta de farmacia que indique que el contenido es una sustancia controlada están regulados por la Administración Federal de Drogas y Narcóticos. Estos medicamentos se: *(marque todas las que correspondan)*

- Almacenarán en un lugar bajo llave con acceso limitado
- Contarán cuando se reciba un frasco con receta médica de los padres o un tutor(a)
- Contarán todos los días si más de una persona tiene acceso al lugar en donde se almacenan
- Contarán antes de devolverlos a los padres para su disposición
- Otro:

Explique dónde se guardarán las sustancias controladas y quién tendrá acceso a estos medicamentos.

Explique qué tan a menudo verificará el programa los medicamentos que hayan vencido.

- Semanalmente
- Mensualmente
- Otro:

Todos los medicamentos sobrantes o que hayan vencido se devolverán a los padres del niño(a) para su eliminación. Los medicamentos que los padres no recojan se eliminarán en un bote de basura que esté fuera del alcance de los niños en un lapso

(Especifique el período de tiempo)

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 17. Errores de medicación

Si ocurre un error de medicación en el programa, el personal apropiado notificará de inmediato a los padres del niño(a). Si está involucrado más de un niño(a), el personal notificará inmediatamente a los padres de los niños involucrados. Se mantendrá la confidencialidad de cada niño(a) si está involucrado más de un niño(a).

Cuando ocurran errores de medicación, el programa hará lo siguiente:

- El empleado que notifique a los padres les recomendará que se pongan en contacto con el proveedor(a) de atención médica del niño(a) cuando ocurra el error.
- El personal del programa notificará a la OCFS tan pronto como sea posible. Se debe notificar a la OCFS al final del día hábil posterior al incidente.
- Se utilizará el formulario de la OCFS *Formulario de Informe de Error de Medicación* (OCFS-LDSS-7005) para informar todos los errores de medicación que ocurran en el programa. Si está involucrado más de un niño(a) en el error, se llenará un *Formulario de Informe de Error de Medicación* para cada niño(a) involucrado.
- El programa ha decidido notificar además a estas otras personas (por ejemplo, asesor(a) de atención médica del programa) Si no se harán notificaciones adicionales, anote N/C en esta sección.

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 18. Información y declaración de la asesoría médica

El Asesor(a) de Atención Médica debe llenar la Sección 18 si el programa piensa administrar medicamentos.

Información del Asesor(a) de Atención Médica:

Nombre del HCC:		
Profesión: (Un HCC debe tener licencia válida para ejercer como médico, asistente médico, enfermera con práctica médica o matriculada) (marque todos los que correspondan):	<input type="checkbox"/> Médico	Número de Matrícula: Fecha de vencimiento :
	<input type="checkbox"/> Asistente médico	Número de Matrícula: Fecha de vencimiento :
	<input type="checkbox"/> Enfermero con práctica médica	Número de Matrícula: Fecha de vencimiento :
	<input type="checkbox"/> Enfermero matriculado	Número de Matrícula: Fecha de vencimiento :

Como Asesor(a) de Atención Médica del programa:

- Evaluaré y aprobaré el plan de atención médica del programa. Mi aprobación del plan de atención médica indica que las políticas y procedimientos descritos aquí son seguros y apropiados para el cuidado de las categorías de niños en el programa.
- Verificaré que todo el personal autorizado para administrar medicamentos tenga al menos 18 años de edad y cuente con las credenciales profesionales necesarias o haya terminado la capacitación requerida conforme a las normas para los centros de cuidado infantil/guarderías de la OCFS del NYS (*MAT, edad adecuada, y capacitación en RCP y primeros auxilios*).
- Notificaré de inmediato al programa si revoco mi aprobación del plan de atención médica. Si decido hacerlo, puedo notificar también a la Oficina de Servicios para Niños y Familias de esta revocación al 1-800-732-5207.
- Notificaré de inmediato al programa si no puedo continuar como asesor(a) titular de atención médica.
- Otro:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Visitaré el programa al menos una vez durante cada período de licencia para verificar el cumplimiento con el plan de atención médica. Indique qué tan a menudo piensa visitar el programa.

Firma del Asesor(a) de Atención Médica _____

Fecha: _____

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Sección 19. Declaración de confidencialidad

La información sobre todos los niños en el programa es confidencial y no se proporcionará a nadie con excepción de la Oficina, sus designados u otras personas autorizadas por la ley a menos que los padres del niño(a) otorguen su permiso por escrito.

La información sobre un niño(a) en el programa se proporcionará a los servicios sociales del distrito si el niño(a) recibe subsidio para guardería de parte del distrito, en los casos en que el niño(a) haya sido nombrado en un informe de presuntos abusos o maltratos o según lo permitido por la ley.

Sección 20. Declaración de ADA para programas

El programa cumplirá con las disposiciones de la Ley para los Norteamericanos con Discapacidades. Si en la actualidad o en el futuro se determina que un niño(a) inscrito en el programa tiene una discapacidad comprendida en la Ley para Personas con Discapacidades, se evaluará la capacidad del programa para atender las necesidades del niño(a). Si el programa puede atender las necesidades del niño(a) sin realizar alteraciones fundamentales al programa, no se excluirá al niño(a) del cuidado.

Sección 21. Declaración del Proveedor(a)

Este plan de atención médica y todas las normas de salud y control de infecciones en guarderías las cumplirán todo el personal y los voluntarios del programa.

El programa tendrá un Asesor(a) titular de atención médica (HCC), quien evaluará y aprobará las políticas y procedimientos descritos en este plan de atención médica, cuando corresponda, para proporcionar cuidado seguro a los niños. El HCC tendrá licencia válida del NYS para ejercer como médico, asistente médico, enfermera con práctica médica o enfermera matriculada.

El director del programa o su representante notificará al asesor(a) de atención médica y a la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) de todo nuevo personal certificado para administrar medicamentos que tenga la evaluación y aprobación de sus certificados antes de permitir que el asistente o cuidador sustituto administre medicamentos a los niños en la guardería.

El director del programa o su representante notificará de inmediato a la Oficina de Servicios para Niños y Familias y a los padres de los niños bajo cuidado, si el asesor(a) de atención médica revoca el plan de atención médica por cualquier motivo. Se requiere documentación de estas notificaciones.

EL asesor(a) de atención médica y la OCFS deben evaluar y aprobar el plan de atención médica del programa antes de implementar las políticas y procedimientos.

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

El asesor(a) de atención médica y la OCFS deben evaluar y aprobar todos los cambios o modificaciones del plan de atención médica antes de que el programa pueda implementar los cambios, incluyendo adiciones, eliminaciones o cambios en las personas que aparecen como administradores de medicamentos en el plan de atención médica. Notificaré al HCC y a la OCFS de cambios en credenciales de los administradores de medicamentos y del despido de administradores de medicamentos de mi programa.

Una vez que el asesor(a) de atención médica y la OCFS aprueben el plan de atención médica, el director del programa o su representante notificará a los padres y tutores del plan de atención médica.

El plan de atención médica estará disponible para los padres al momento de inscripción, cuando se realicen cambios y cuando lo soliciten.

Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Diurno (letra de molde):	Número de Licencia o de Registro del Proveedor(a) o Establecimiento:
Firma del Proveedor(a) de Cuidado Diurno:	Fecha:

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

INICIALES DEL PROVEEDOR(A)	FECHA	INICIALES DEL HCC	FECHA	PÁGINA
----------------------------	-------	-------------------	-------	--------

Apéndice A

Instrucciones para realizar una revisión médica diaria

La revisión médica diaria se realiza a la llegada del niño(a) al programa y continúa durante todo el día.

Verifique lo siguiente mientras está al nivel del niño(a) para poder relacionarse con el niño(a) mientras habla con los padres:

1. El comportamiento del niño(a): ¿es típico o atípico para el momento del día y las circunstancias?
2. Apariencia del niño(a):
 - Piel: pálida, rojiza, con sarpullido (*sienta la piel del niño(a) tocándolo con afecto*)
 - Ojos, nariz y boca: observe el color, ¿están secos o hay secreción? ¿Se frota el niño(a) los ojos, la nariz o la boca?
 - Pelo: (*durante un brote de piojos, busque liendres*)
 - Respiración: normal o diferente; tos
3. Verifique con los padres:
 - ¿Cómo se sentía o se comportó en casa?
 - ¿Duerme normalmente?
 - ¿Come y bebe normalmente? ¿Cuándo fue la última vez que el niño(a) comió o bebió?
 - ¿Algún evento anormal?
 - ¿Son normales las heces y la orina? ¿Cuándo fue la última vez que el niño(a) utilizó el baño o se le cambió el pañal?
 - ¿Se le ha administrado al niño(a) algún medicamento o tratamiento?
4. ¿Existe alguna evidencia de enfermedad o lesión desde que el niño(a) participó la última vez en la guardería?
5. ¿Hay algún indicio de abuso o maltrato en el niño(a)?

Documente cualquier hallazgo novedoso.

Apéndice B

El lavado de las manos

Todo el personal, voluntarios y niños se lavarán las manos en los siguientes momentos:

- a) a su llegada, cuando se pase a un niño(a) de un grupo de cuidado a otro y cuando estén sucias
- b) antes y después:
 - de comer, manejar comida o alimentar a un niño(a)
 - administrar medicamentos
- c) después de:
 - cambiar pañales e ir al baño
 - entrar en contacto con líquidos corporales (mocos, sangre, vómito) y limpiar la nariz, la boca y ulceraciones
 - manejar mascotas u otros animales
 - entrar de la calle

Todo el personal, voluntarios y niños se lavarán las manos de la siguiente forma:

- 1) Mojar las manos con agua y jabón líquido.
- 2) Frotar las manos con jabón y agua por lo menos durante 30 segundos - recuerde hacerlo también entre los dedos y debajo y alrededor de las uñas, los dorsos de las manos, y restregar todas las joyas.
- 3) Enjuagar bien las manos con agua de la llave con los dedos hacia abajo para que el agua fluya desde las muñecas hacia la punta de los dedos.
- 4) Dejar correr el agua.
- 5) Séquese las manos con una toalla de papel desechable o algún dispositivo aprobado para secado.
- 6) Utilice una toalla para cerrar la llave del agua y, si la puerta del baño está cerrada, utilice la toalla para abrirla.
- 7) Deseche la toalla en un recipiente adecuado.
- 8) Aplicar loción para las manos si es necesario.

Si el niño(a) es muy pesado para sostenerlo mientras se le lavan las manos en el lavamanos y no se puede llevar al lavamanos para lavarse, utilizar toallitas desechables o una toalla de papel humedecida con una gota de jabón líquido para limpiarle las manos. Después, limpie las manos del niño(a) con una toalla húmeda de papel y séquele las manos con una toalla de papel.

Apéndice C

El cambio de pañales

El cambio de pañales se realizará solamente en el área de cambio de pañales seleccionada. No se permite manejar alimentos en las áreas de cambio de pañales.

Las superficies en las áreas de cambio de pañales se deben mantener limpias, impermeables y sin grietas, roturas ni fisuras. Todos los envases de cremas para la piel y artículos de limpieza están etiquetados debidamente y almacenados lejos de la superficie de cambio de pañales y fuera del alcance de los niños.

Los pañales se cambiarán de la manera siguiente:

- 1) Reúna todos los suministros, pero manténgalos lejos de la superficie de cambio de pañales, con excepción de los artículos que utilizará durante el proceso de cambio de pañales. Prepare una hoja de papel no absorbente que utilizará para cubrir la superficie del cambio de pañales desde el pecho del niño(a) hasta los pies. Traiga un pañal nuevo, tantas toallitas como sea necesario para este cambio de pañales, guantes no porosos y una bolsa de plástico para la ropa sucia.
- 2) Póngase los guantes Evite el contacto con lo que se haya ensuciado. Todo lo que entre en contacto con lo que se haya ensuciado con heces u orina se deberá limpiar y desinfectar. Lleve al bebé a la mesa para cambio de pañales, evitando que la ropa sucia toque la ropa del cuidador. Coloque la ropa sucia en una bolsa de plástico y ciérrela bien para enviar la ropa a casa.
- 3) Despegue los sujetadores, pero deje el pañal sucio debajo del niño(a). Tome los pies del niño(a) para levantarlo y sacar el pañal sucio y utilice toallitas desechables para limpiar el área del pañal. Retire las heces y la orina desde el frente hacia atrás y utilice una toallita limpia cada vez. Coloque las toallitas sucias dentro del pañal sucio. Observe si hay algún problema en la piel y luego infórmelo.
- 4) Retire el pañal sucio. Enrolle el pañal y asegúrelo con los sujetadores. Colóquelo en un recipiente forrado, cubierto o con tapa y después dentro de un recipiente de basura en el exterior del edificio o en uno fuera del alcance de los niños. Si se utilizan pañales reutilizables, coloque el pañal dentro de un recipiente forrado con plástico o con tapa o en una bolsa de plástico por separado para enviarlo a casa. No enjuague ni toque el contenido del pañal.
- 5) Verifique si hay derrames debajo del bebé. Si hay suciedad visible, retire toda cantidad considerable con una toallita, después doble el papel desechable sobre si mismo desde el extremo debajo de los pies del niño(a) para que quede una superficie limpia de papel debajo del niño(a).
- 6) Quítese los guantes y colóquelos directamente dentro del recipiente cubierto o con tapa. Lávese las manos con una toalla desechable.
- 7) Deslice un pañal limpio debajo del bebé. Si se utilizan productos para la piel, póngase guantes y aplique el producto. Deseche los guantes de forma adecuada. Asegure el pañal.

- 8) Vista al niño(a) antes de retirarlo de la superficie para poner pañales. Lave las manos del bebé con jabón y agua, de ser posible, en un lavamanos. Si el niño(a) es muy pesado para sostenerlo mientras le lava las manos y no puede pararse al pie del lavamanos, utilice toallas desechables o agua y jabón con toallas desechables para limpiar las manos del niño(a) Lleve al niño(a) de regreso al área de cuidado.
- 9) Limpie y desinfecte el área de cambio de pañales.
 - Coloque el forro de la mesa en el recipiente forrado o con tapa.
 - Limpie cualquier suciedad visible en la mesa para cambiar pañales.
 - Rocíe la mesa de manera que toda la superficie quede humedecida con una solución de blanqueador o con una solución germicida de uso en hospitales.
 - Deje el blanqueador sobre la superficie durante 2 minutos, séquela o deje que se seque al aire.
- 10) Lávese bien las manos.

Apéndice D

Precauciones de seguridad en relación con la sangre

Todo el personal seguirá las precauciones estándares cuando maneje sangre o líquidos corporales contaminados con sangre. Las características son las siguientes:

- a) Los guantes desechables deben estar siempre a la mano y se deben usar siempre que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre o con líquidos corporales contaminados con sangre.
- b) Los cuidadores deben tener la precaución de no permitir que les entre sangre o líquidos corporales contaminados con sangre en los ojos, la nariz, la boca o en ninguna herida abierta.
- c) Limpie y desinfecte toda superficie, como mostradores y pisos, en los cuales se haya derramado sangre.
- d) Deseche el material contaminado con sangre y guantes, en una bolsa de plástico bien sellada. Los guantes contaminados con sangre se deben devolver a los padres al final del día.
- e) Lávese las manos utilizando los procedimientos adecuados para el lavado de manos.

En una emergencia, el bienestar del niño(a) es lo más importante. No se le deben negar los cuidados a un niño(a) que esté sangrando porque no hay guantes disponibles de inmediato.

El programa tendrá un Plan de Exposición a Patógenos Transmitidos por Sangre que garantice que los miembros del personal están capacitados en los métodos para protegerse y asegurar que el plan de la guardería cumplirá con los requisitos que aparecen en el plan modelo provisto por la OSHA.

En <http://www.osha.gov/Publications/osha3186.pdf>, se encuentra una copia disponible del modelo del plan de exposición.

Para solicitar una copia de la publicación (*Publicación # 3186*) de los planes modelo de Patógenos Transmitidos por Sangre de la OSHA escriba a:

**U.S. Department of Labor/OSHA
OSHA Publications
P.O. Box 37535
Washington, D.C. 20013-7535
o llame al: (202) 693-1888**

Apéndice E

Limpieza y desinfección

El equipo, los juguetes y los objetos utilizados o tocados por los niños se limpiarán y desinfectarán de la siguiente manera:

1. Se debe limpiar y desinfectar el equipo que los niños utilizan frecuentemente o tocan diariamente cuando esté sucio y como mínimo una vez a la semana.
2. Las áreas afectadas de las alfombras contaminadas con líquidos corporales se deben limpiar en el momento.
3. Las superficies para el cambio de pañales se deben desinfectar después del cambio de pañales de cada niño(a).
4. Los mostradores, las mesas y las superficies para la preparación de alimentos (*entre ellas las tablas para cortar*) se deben limpiar y desinfectar antes y después de la preparación y consumo de alimentos.
5. Se deben vaciar y desinfectar las bacinillas después de cada uso. No se deben lavar en un lavamanos a menos que dicho lavamanos se lave y desinfecte después de cada uso.
6. Las instalaciones sanitarias deben mantenerse limpias en todo momento, y deben tener papel higiénico, jabón y toallas desechables accesibles para los niños.
7. Cualquier superficie que entre en contacto con líquidos corporales se debe desinfectar de inmediato.
8. Los termómetros y los juguetes que los niños se llevan a la boca se deben lavar y desinfectar antes de que los use otro niño(a).

Solución sanitaria

El cloro sin olor es el agente sanitario más usado comúnmente, debido a que es barato y fácil de obtener. El Código Sanitario del Estado mide la solución sanitaria en “partes por millón”, pero los programas pueden adaptar la intensidad de la solución sanitaria (*sin tener que comprar equipo especial*), leyendo la etiqueta del envase del cloro y usando medidas de común uso en el hogar.

Lea la etiqueta

El hipoclorito de sodio es el ingrediente activo en el blanqueador de cloro. Diferentes marcas de blanqueadores puede que tengan distintas cantidades de este ingrediente: *las medidas que se destacan en este apéndice son para el blanqueador que contiene entre 6 y 6.15 % de hipoclorito de sodio*. La única manera de saber cuándo hipoclorito de sodio hay en el blanqueador es leyendo la etiqueta. Siempre lea el envase del blanqueador para determinar su concentración antes de comprarlo. Si no se indica la concentración, no debería comprar el producto.

Uso común de medidas en el hogar

Usando un blanqueador que contiene entre 6% y 6.15% de hipoclorito de sodio, los programas necesitan preparar dos soluciones estándares de blanqueador recomendadas para rociar superficies no porosas y sólidas, y una solución separada para remojar los juguetes que los niños se han llevado a la boca. Cada envase de aerosol debería llevar una etiqueta con su mezcla y propósito respectivo. Manténgalo fuera del alcance de los niños. Las medidas para cada tipo de solución sanitaria se especifican a continuación.

SOLUCION # 1 DEL BLANQUEADOR DE AEROSOL *(para superficies con contacto de comida)*

El personal utilizará los siguientes procedimientos para la limpieza y desinfección de superficies rígidas no porosas como mesas, mostradores y superficies para el cambio de pañales.

1. Lavar la superficie con agua y jabón.
2. Enjuagar hasta que el agua corra limpia.
3. Rociar la superficie con una solución de **½ de cucharadita de blanqueador en 1 cuarto de agua** hasta que quede brillante.
4. Dejar reposar por 2 minutos.
5. Secar con una toalla de papel o dejar secar al aire.

SOLUCION # 2 DEL BLANQUEADOR DE AEROSOL *(para limpiar superficies donde se cambia pañales o superficies que han sido contaminadas con sangre o líquidos corporales)*

El personal utilizará el siguiente procedimiento para limpiar y desinfectar superficies donde se cambia pañales o superficies que han sido contaminadas con sangre o líquidos corporales:

1. Ponerse guantes.
2. Lavar la superficie con agua y jabón.
3. Enjuagar hasta que el agua corra limpia.
4. Rociar la superficie con una solución de **1 cucharada de blanqueador en 1 cuarto de agua** hasta que quede brillante.
5. Dejar reposar por 2 minutos.
6. Secar con una toalla de papel o dejar secar al aire libre.
7. Disponer lo usado en limpieza en una bolsa de plástico que quede cerrada.
8. Quitarse los guantes y disponerlos en un recipiente forrado de plástico.
9. Lavarse las manos bien con jabón bajo agua.

REMOJANDO CON UNA SOLUCION DE BLANQUEADOR *(para limpiar y desinfectar los juguetes que los niños se hayan llevado a la boca)*

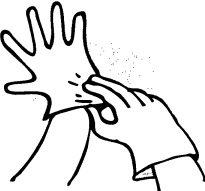
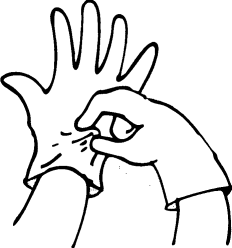
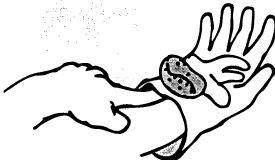
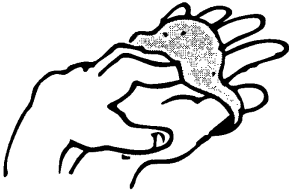
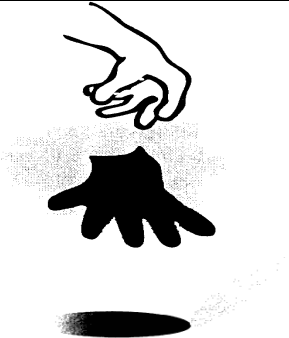
El personal utilizará el siguiente procedimiento para limpiar y desinfectar juguetes que los niños se hayan llevado a la boca:

1. Lavar los juguetes en agua tibia con jabón, utilizando un cepillo para limpiar las hendiduras y los lugares difíciles de alcanzar.
2. Enjuagar con agua de la llave hasta que quede clara.
3. Poner a remojar los juguetes en una solución de **1 cucharadita de blanqueador en 1 galón de agua (cuatro cuartos)**.
4. Remojar los juguetes durante 5 minutos.
5. Enjuagar los juguetes con agua fresca.
6. Dejar secar los juguetes al aire.

Al desinfectar equipo, juguetes y superficies sólidas, el programa utilizará: ***(marque todas las que correspondan)***

- germicida de uso en hospitales
- solución con blanqueador fresca, mezclada cada día
 - o Solución en aerosol # 1: ½ cucharadita de blanqueador en 1 cuarto de agua
 - o Solución en aerosol # 2: 1 cucharada de blanqueador en 1 cuarto de agua
 - o Solución para remojar: 1 cucharadita de blanqueador en 1 galón de agua

Apéndice F
Uso de guantes

CÓMO PONÉRSELOS	
1. Lávese las manos.	
2. Póngase un par de guantes limpios. No reutilice los guantes.	
EXTRACCIÓN y DISPOSICIÓN	
1. Quítese el primer guante tirando de la palma y sacándose. Toda la superficie externa de los guantes se considera como sucia. Asegúrese de que las superficies sucias sólo toquen superficies sucias.	
2. Enrolle el primer guante en la palma de la otra mano enguantada.	
3. Utilice la mano sin guante para sacarse el otro guante. Introduzca un dedo debajo del guante a la altura de la muñeca y empuje el guante hacia arriba y sobre el guante en la palma. La superficie interna del guante y la mano sin guante se consideran limpias. Tenga cuidado de tocar solamente superficies limpias con superficies limpias. <i>No toque la parte externa del guante con la mano sin guante.</i>	
4. Coloque los guantes sucios en un recipiente de basura con recubrimiento de plástico.	
5. Lávese las manos.	

Los guantes no reemplazan el lavado de las manos. Los proveedores siempre deben lavarse las manos después de remover y disponer de los guantes médicos.