

ESTADO DE NUEVA YORK  
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA**  
 Centro de Cuidado Infantil

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROGRAMA:           |  |
| NÚMERO DE LICENCIA O REGISTRO: | FECHA DE ENVÍO DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA A LA OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS (OCFS):    /    / |

**NOTA:**

- Es la responsabilidad del programa seguir el plan de atención médica y todos los reglamentos de cuidado diurno.
- La OCFS debe revisar y aprobar el plan de atención médica como parte del proceso de licenciamiento/registro.
- La OCFS debe revisar y aprobar cualquier cambio o revisión al plan de atención médica antes de que el programa pueda implementar los cambios.
- Un asesor de atención médica debe aprobar los planes de atención médica para programas que administran medicamentos.
- Las políticas del programa de atención médica serán entregadas a los padres en el proceso de admisión y cuando se hagan cambios, y el plan de atención médica se hará disponible a los padres cuando lo soliciten.
- El plan de atención médica debe estar en el lugar del programa y debe ser seguido por personal/encargados de cuidado.
- La política de anafilaxis del programa se revisará anualmente, y los padres serán notificados acerca de la política durante el proceso de admisión y anualmente posteriormente.
- Si hay un conflicto entre las regulaciones de cuidado diurno y disposiciones de emergencia de salud promulgadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH) en favor del interés de la salud pública durante una designada emergencia de salud pública, tales disposiciones de emergencia de salud deben seguirse.

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

## Índice

| <b>Section Number</b> | <b>Title</b>   | <b>Page Number</b> |
|-----------------------|--|--------------------|
| <b>Sección 1</b>      | <b>Salud de los niños y vacunas</b>  | <b>3</b>           |
|                       | <b>Criterios clave de exclusión de los niños enfermos</b>  | <b>3</b>           |
|                       | <b>Declaración del médico y vacunas</b>  | <b>3</b>           |
| <b>Sección 2</b>      | <b>Niños con necesidades especiales de atención médica</b>   | <b>4</b>           |
| <b>Sección 3</b>      | <b>Revisiones diarias de la salud</b>  | <b>5</b>           |
| <b>Sección 4</b>      | <b>Políticas de salud del personal</b>   | <b>9</b>           |
| <b>Sección 5</b>      | <b>Procedimientos para el control de infecciones</b>   | <b>9</b>           |
| <b>Sección 6</b>      | <b>Procedimientos de emergencia</b>  | <b>10</b>          |
| <b>Sección 7</b>      | <b>Kit de primeros auxilios</b>  | <b>11</b>          |
| <b>Sección 8</b>      | <b>Decisión del programa respecto a la administración de medicamentos</b>  | <b>13</b>          |
| <b>Sección 9</b>      | <b>El programa ADMINISTRARÁ ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico y autoinyectores de epinefrina difenhidramina combinados con el autoinyector de epinefrina, los inhaladores para asma y los nebulizadores (TO/S/R)</b> | <b>14</b>          |
| <b>Sección 10</b>     | <b>Declaración de confidencialidad</b>   | <b>17</b>          |
| <b>Sección 11</b>     | <b>Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA)</b>  | <b>17</b>          |
| <b>Sección 12</b>     | <b>Declaración del licenciario/registrado</b>  | <b>17</b>          |
| <b>Sección 13</b>     | <b>Para los programas que ADMINISTRARÁN medicamentos</b>   | <b>18</b>          |
| <b>Sección 14</b>     | <b>Personal autorizado para administrar medicamentos</b>   | <b>18</b>          |
| <b>Sección 15</b>     | <b>Formularios y documentos relacionados con la administración de medicamentos</b>   | <b>19</b>          |
| <b>Sección 16</b>     | <b>Suministro, manipulación, almacenamiento y eliminación de medicamentos</b>  | <b>21</b>          |
|                       | <b>Sustancias controladas</b>  | <b>21</b>          |
|                       | <b>Medicamentos vencido</b>  | <b>21</b>          |
|                       | <b>Medication Disposal</b>   | <b>21</b>          |
| <b>Sección 17</b>     | <b>Errores de medicamentos</b>   | <b>23</b>          |
| <b>Sección 18</b>     | <b>Información y declaración del asesor de atención médica</b>   | <b>24</b>          |
| <b>Sección 19</b>     | <b>Declaración de confidencialidad</b>   | <b>25</b>          |
| <b>Sección 20</b>     | <b>Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para los programas</b>   | <b>26</b>          |
| <b>Sección 21</b>     | <b>Declaración del licenciario</b>   | <b>26</b>          |
| <b>Sección 22</b>     | <b>Capacitación</b>  | <b>27</b>          |
| <b>Apéndice A</b>     | <b>Instrucciones para la revisión diaria de la salud</b>   | <b>28</b>          |
| <b>Apéndice B</b>     | <b>Lavado de manos</b>   | <b>29</b>          |
| <b>Apéndice C</b>     | <b>Cambio de pañales</b>   | <b>30</b>          |
| <b>Apéndice D</b>     | <b>Precauciones de seguridad relacionadas con la sangre</b>  | <b>31</b>          |
| <b>Apéndice E</b>     | <b>Limpieza, lavado y desinfección</b>   | <b>32</b>          |
| <b>Apéndice F</b>     | <b>Uso de guantes</b>  | <b>34</b>          |
| <b>Apéndice G</b>     | <b>Emergencia médica</b>   | <b>35</b>          |
| <b>Apéndice H</b>     | <b>Administradores de medicamentos</b>   | <b>36</b>          |
| <b>Apéndice I</b>     | <b>Modificaciones</b>  | <b>39</b>          |
| <b>Apéndice J:</b>    | <b>Administración de Autoinyectores de Epinefrina No Específica a un paciente</b>  | <b>40</b>          |

## **Sección 1: Salud de los niños y vacunas**

El programa presta servicios a: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Niños sanos**
- Niños con enfermedades leves** que pueden participar en las actividades de rutina del programa con adaptaciones menores. Un niño que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios se define con “levemente enfermo”:
  - El niño tiene síntomas de una enfermedad menor de la niñez que no representa un riesgo significativo de causar infecciones graves a otros niños.
  - El niño no se siente lo suficientemente bien como para participar cómodamente en las actividades usuales del programa, pero puede participar con adaptaciones menores; por ejemplo, más tiempo de descanso.
  - El cuidado del niño no interfiere con el cuidado o la supervisión de los demás niños.
- Niños moderadamente enfermos** que requieren los servicios de un profesional de atención médica, pero tiene la aprobación de un proveedor de atención médica para participar en el programa. Un niño que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios se define con “moderadamente enfermo”:
  - El estado de salud del niño requiere un nivel de cuidado y atención que no se puede adaptar en un entorno de cuidado infantil diurno sin servicios especializados de un profesional de la salud.
  - El cuidado del niño interfiere con el cuidado de los demás niños y el niño debe ser retirado de la rutina normal del programa de cuidado infantil y colocado en un área separada específica del programa, pero ha sido evaluado y aprobado por un proveedor de atención médica para la inclusión y la participación en el programa.

**NOTA: Las definiciones anteriores no incluyen a los niños protegidos por la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act, ADA*). Los programas deben considerar individualmente el caso de cada niño y cumplir con los requisitos de la ADA. Para obtener información relacionada con los niños con necesidades especiales de atención médica, consulte la Sección 2.**

### ***Criterios clave de exclusión de los niños enfermos***

- El niño está demasiado enfermo para participar en las actividades del programa.
- La enfermedad ocasiona una necesidad de atención mayor de la que puede proporcionar el personal sin afectar la salud y la seguridad de otros niños; <sup>▲</sup>
- Un cambio agudo en el comportamiento; podría incluir letargo/falta de respuesta, irritabilidad, llanto persistente, dificultad para respirar o el apareamiento y propagación rápida de sarpullido; <sup>▲</sup>
- Fiebre:
  - Temperatura superior a 101 °F [38.3 °C] oralmente o 100 °F [37.8 °C] o más alta si se toma en la axila (debajo del brazo) o se utiliza un método equivalente para medirla **Y** acompañada de cambios en el comportamiento u otros signos y síntomas (*por ejemplo, dolor de garganta, sarpullido, vómitos, diarrea, dificultad para respirar o tos*). <sup>▲</sup>
  - Menor de 6 meses de edad: Se debe evaluar médicamente a los niños con temperatura alta sin explicación superior a 100 °F [37.8 °C] axilar (debajo del brazo) o rectal 101°F [38.3°C] (*los encargados del cuidado tienen prohibido tomar la temperatura rectal de los niños*).
  - Menor de 2 meses de edad: Se debe obtener atención médica urgente en caso de cualquier fiebre. <sup>▲</sup>

*(los criterios de exclusión continúan en la siguiente página)*

|                             |              |  |              |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde) | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|

(continuación de los criterios de exclusión de la página anterior)

- **Diarrea:**
  - Niños cuyo pañal no contiene las heces o si el niño defeca dos o más veces por encima de lo normal para el niño. ⚡
  - Niños que utilizan el baño si la diarrea está ocasionando que se ensucie su ropa. ⚡
  - La presencia de sangre o moco en las heces no se explica por un cambio en la dieta, los medicamentos o las heces duras. ⚡
  - Diagnóstico médico confirmado de infección causada por Salmonella, E. coli o Shigella, hasta que el proveedor de atención médica del niño lo autorice para volver al programa. ⚡
- Vómitos más de dos veces en las últimas 24 horas, a menos que se determine que la causa del vómito es un estado médico no infeccioso y el niño se mantenga adecuadamente hidratado. ⚡
- Dolor abdominal que dura más de dos horas o dolor intermitente relacionado con fiebre y otros signos o síntomas de enfermedad. ⚡
- Úlceras bucales con babeo, a menos que el proveedor de atención médica del niño indique que el niño no tiene una infección contagiosa. ⚡
- Tuberculosis activa hasta que el proveedor de atención primaria del niño o el departamento de salud local indique que el niño está recibiendo el tratamiento adecuado y puede volver. ⚡
- Faringitis estreptocócica (*infección en la garganta u otro tipo de infección por estreptococos*), hasta 24 horas después de haber iniciado el tratamiento. ⚡
- Piojos hasta después del primer tratamiento (*nota: la exclusión no es necesaria antes del final del día del programa*). ⚡
- Sarna hasta que se haya dado tratamiento. ⚡
- Varicela, hasta que se hayan secado o formado costra todas las lesiones (*por lo general, seis días después del apareamiento de la erupción*). ⚡
- Rubéola hasta seis días después del apareamiento de la erupción. ⚡
- Tos ferina hasta cinco días después del tratamiento adecuado con antibióticos. ⚡
- Paperas hasta cinco días después del apareamiento de la inflamación de la glándula parótida. ⚡
- Sarampión hasta cuatro días después del apareamiento de la erupción. ⚡
- Infección por el virus de la hepatitis A, hasta que el proveedor de atención médica del niño lo autorice para volver al programa. ⚡
- Cualquier niño que el departamento de salud local determine que contribuya con la transmisión de enfermedades durante un brote. ⚡
- Impétigo hasta que se haya iniciado el tratamiento. ⚡

⚡ Adaptado de *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs (Cuidado de nuestros niños: estándares nacionales de desempeño de salud y seguridad; pautas para la atención temprana y los programas educativos)*, 3.<sup>a</sup> Edición.

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Declaración del médico y vacunas**

Después de la inscripción, todos los niños, excepto los que están en kindergarten o en un grado más alto en el programa deben proporcionar una declaración por escrito firmada por un proveedor de atención médica verificando que el niño puede participar en un programa de cuidado diurno y que actualmente parece estar libre de enfermedades contagiosas o transmisibles. La declaración médica de un niño que reciba cuidado se debe haber realizado en los 12 meses anteriores a la fecha de inscripción. Para cumplir este requisito se puede usar el formulario **OCFS-LDSS-4433-S, Declaración Médica de un Niño(a) en Cuidado Infantil.**

El programa aceptará a un niño que no haya recibido todas las vacunas obligatorias sólo si los reglamentos lo permiten. El programa mantendrá el registro de cada niño que reciba las vacunas que requiera la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, a menos que lo eximan los reglamentos.

¿Con qué frecuencia se revisan los registros de vacunación de cada grupo de edades?  
**(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- ◆ 6 semanas a 2 años:     Semanalmente     Mensualmente     Trimestralmente     Anualmente
- ◆ 2 a 5 años:                 Semanalmente     Mensualmente     Trimestralmente     Anualmente

Cuando los registros indiquen que es necesario actualizar las vacunas, se les notificará a los padres de las siguientes maneras: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- Aviso por escrito
- Verbalmente

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

## **Sección 2: Niños con necesidades especiales de atención médica**

**Niños con necesidades especiales de atención médica se refiere a los niños que tienen afecciones crónicas físicas, del desarrollo del comportamiento o emocionales que se espera que duren 12 meses o más y que requieren atención médica y servicios relacionados de un tipo o cantidad que va más allá de lo que por lo general necesitan los niños.**

- Cualquier niño que se identifique como un niño con necesidades especiales de atención médica debe tener un plan individual de atención médica por escrito que proporcione toda la información necesaria para cuidar al niño de forma segura. Este plan se debe desarrollar con los padres del niño y el proveedor de atención médica.
- Cualquier niño con una alergia conocida tendrá un plan de emergencia individual para alergias y anafilaxia escrito adjunto al plan individual de atención médica que incluye instrucciones claras de acción cuando ocurre una reacción alérgica. Además, al inscribirse al programa de cuidado infantil, el padre/madre/tutor(a) completará el formulario **OCFS-LDSS-0792-S, Registro de Cuidado Diurno (Tarjeta Azul)** o un equivalente aprobado que proporcionará información sobre las alergias conocidas o sospechadas del niño. Esta documentación será revisada y actualizada por lo menos una vez al año y más frecuentemente si es necesario.
- Se puede requerir que el programa, como una adaptación razonable de conformidad con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, obtenga la aprobación para administrar medicamentos si el niño necesita medicamentos o tratamiento médico durante el horario del programa.

El programa puede usar: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario **OCFS-LDSS-7006-S, Plan Individual de Atención Médica para un Niño con Necesidades Especiales de Salud**
- Otro: *(Adjunte el plan del programa para el cuidado individual).*

Se puede proporcionar documentación o instrucciones adicionales.

Explique aquí:

El programa puede usar: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario **OCFS-6029-S, Plan de Emergencia Individual para Alergias y Anafilaxia**
- Otro: *(Adjunte el plan del programa para el cuidado individual).*

Se puede proporcionar documentación o instrucciones adicionales.

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

### **Sección 3: Revisiones diarias de la salud**

Se realizará una revisión diaria de la salud de cada niño cuando llegue al programa y cuando se note un cambio en el comportamiento y/o la apariencia del niño. El niño debe estar despierto cuando se realice la revisión y se seguirá el siguiente procedimiento: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

Consulte el **Apéndice A: Instrucciones para la revisión diaria de la salud**

Otro:

Explique aquí:

La revisión diaria de la salud se debe registrar de la siguiente manera:

Formulario **LDSS-4443-S, Hoja de Asistencia de Cuidado Infantil**

Otro: *(Adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

El personal estará familiarizado con los signos y síntomas de la enfermedad, las enfermedades contagiosas y las lesiones, así como con los criterios de exclusión que se enumeran en el plan de atención médica de la **Sección 1**.

El personal y los voluntarios serán capacitados en prevenir, reconocer y responder a reacciones alérgicas y anafilaxis.

Los encargados del cuidado deben mantener actualizada la **Lista de enfermedades contagiosas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH-389)**, disponible en: [https://health.ny.gov/forms/instructions/doh-389\\_instructions.pdf](https://health.ny.gov/forms/instructions/doh-389_instructions.pdf).

El personal mantendrá conocimiento actual de la **Lista de enfermedades contagiosas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH-389)**, disponible en: [http://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-389\\_instructions.pdf](http://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-389_instructions.pdf).

Se vigilará a los niños durante el día. Se avisará a los padres de inmediato si hay algún cambio en la condición del niño o si el cuidado del niño excede lo que el programa puede proporcionar de manera segura. Si es necesario, el programa coordinará con los padres para obtener tratamiento médico. **Si no es posible comunicarse con los padres o la condición del niño lo amerita, se obtendrá tratamiento médico de emergencia sin demora llamando al 911.**

Se registrará cualquier signo de enfermedad, enfermedad contagiosa, lesión o sospechas de abuso y maltrato que se detecten y se mantendrá la documentación en un archivo para cada niño de la siguiente manera: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

En el expediente de cada niño

En un registro separado

Otro:

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

El programa se asegurará de que esté disponible el personal adecuado para satisfacer las necesidades de los niños enfermos sin afectar el cuidado de los demás niños del programa.

Explicará los procedimientos del cuidado de un niño que desarrolle síntomas de enfermedad mientras esté en el cuidado infantil.

Explique aquí:

Los denunciante bajo mandato que tengan causas razonables para sospechar que un niño que esté recibiendo cuidado es víctima de abuso o maltrato tomará las siguientes medidas:

- 1) Inmediatamente elaborará o hará que se elabore una denuncia o reporte verbal a **la línea directa del denunciante bajo mandato. (1-800-635-1522).**
- 2) Presentará un informe por escrito utilizando el formulario **LDSS-2221A-S, Informe de Sospecha de Abuso o Maltrato Infantil** a los Servicios de Protección de Menores (*Child Protective Services-CPS*) en las próximas 48 horas después de hacer la denuncia.
- 3) Después de la denuncia o reporte inicial, la persona del personal que haya hecho la denuncia debe notificar inmediatamente al director o licenciario del centro que ha hecho la denuncia.
- 4) El programa debe notificar inmediatamente a la Oficina al enterarse de un incidente grave involucrando a un niño que haya ocurrido mientras el niño estaba bajo el cuidado del programa o estaba siendo transportado por el programa.
- 5) Procedimientos adicionales (*si hay*):

Explique aquí:

|                           |              |   |              |
|---------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) ( <i>si corresponde</i> ) | FECHA<br>/ / |
|---------------------------|--------------|---|--------------|



**Sección 4: Políticas de salud del personal**

El programa funcionará en cumplimiento con todos los requisitos médicos incluidos en 418-1.11(b).

Cualquier proveedor de cuidado o voluntario que tenga signos y síntomas de enfermedad que coincidan con los criterios de exclusión de los niños que se enumeran en este plan de atención médica no pueden cuidar a los niños.

**Sección 5: Procedimientos para el control de infecciones**

El programa utilizará los procedimientos incluidos en los apéndices adjuntos para reducir el riesgo de infección o adjuntará una alternativa para cada área: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una de cada categoría).**

- Lavado de manos  Apéndice B  Otro (adjuntar)
- Cambio de pañales  Apéndice C  Otro (adjuntar)
- Precauciones de seguridad relacionadas con la sangre y los fluidos corporales  Apéndice D  Otro (adjuntar)
- Limpieza, lavado y desinfección de equipos y juguetes  Apéndice E:  Otro (adjuntar)
- Uso de guantes  Apéndice F  Otro (adjuntar)

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

## **Sección 6: Procedimientos de emergencia**

Si el niño experimenta una emergencia médica, el programa obtendrá tratamiento médico de emergencia sin retraso llamando al 911.

El director y todos los profesores deben tener conocimiento de los expedientes médicos de los niños y a toda la información de emergencia.

El número 911 y los números de teléfono de control de envenenamientos deben estar colocados visiblemente en el teléfono del programa o al lado de este.

El programa puede usar el siguiente formulario para registrar la información de contacto de emergencia de cada niño: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario de OCFS: **Registro de Cuidado Diurno, OCFS-LDSS-0792-S, o “Tarjeta Azul”**
- Otro: *(Adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

El programa mantendrá actualizada la información de contacto de emergencia de cada niño en los siguientes lugares fácilmente accesibles: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- La bolsa de emergencia
- En archivo
- Otro:

Explique aquí:

En una emergencia médica, el programa seguirá **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una):**

- Emergencia médica (Apéndice G)**
- Otro: *(Adjunto)*

Procedimientos de emergencia adicionales *(si se necesitan)*:

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

## **Sección 7: Kit de primeros auxilios**

Se mantendrán kits de primeros auxilios fuera del alcance de los niños y se reabastecerán cuando se usen los artículos. El programa tendrá por lo menos un kit de primeros auxilios.

Los kits de primeros auxilios del programa se guardarán en las siguientes áreas del programa:  
*(Se recomienda llevar un kit a todos los viajes que se realicen fuera del sitio del programa y mantener un kit en la bolsa de emergencia para su uso en caso de una evacuación de emergencia).*

Explique aquí:

Se recomienda incluir los siguientes artículos, entre otros, en un kit de primeros auxilios:

- Guantes desechables, de preferencia de vinilo
- Almohadillas de gasa estéril de varios tamaños
- Cinta adhesiva para vendajes
- Rollo de gasa
- Compresa fría

Enumere cualquier artículo adicional *(o sustitutos de los artículos recomendados enumerados)* que se almacenarán en el kit de primeros auxilios:

El personal debe revisar el contenido del kit de primeros auxilios y reemplazar cualquier artículo vencido, gastado o dañado: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- Después de cada uso
- Mensualmente
- Otro:

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

El programa: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- Mantendrá en el kit de primeros auxilios los siguientes productos de venta libre no específicos de los niños como los ungüentos, lociones, cremas y aerosoles de uso tópico: *(Los programas deben contar con el permiso de los padres para aplicar los productos).*

Explique aquí:

- Mantendrá en el kit de primeros auxilios los siguientes medicamentos de venta libre no específicos de los niños: *(Los programas que planean almacenar los medicamentos de venta libre que tienen otra vía de administración que no sea tópica **deben** tener la aprobación para administrar medicamentos y todos los permisos correspondientes requeridos por los reglamentos antes de administrar medicamentos a los niños).*

Explique aquí:

- Mantendrá en el kit de primeros auxilios autoinyectores de epinefrina no específicos de los niños (por ejemplo, EpiPen®, AquíVu): *(Los programas deben estar aprobados para almacenar autoinyectores de epinefrina y contar con el personal en el sitio que haya completado exitosamente la capacitación aprobada de la Oficina, como lo requiere la regulación, antes de almacenar y administrar el medicamento al niño).*

Explique aquí:

- Mantendrá en el kit de primeros auxilios los siguientes tipos de medicamentos específicos de los niños (por ejemplo, EpiPen®, inhaladores para asma): *(Los programas **deben** tener la aprobación para administrar medicamentos, con excepción de los autoinyectores de epinefrina, difenhidramina en combinación con el autoinyector de epinefrina, inhaladores para asma y nebulizadores y deben tener todos los permisos correspondientes requeridos por los reglamentos antes de almacenar y administrar medicamentos a los niños).*

Explique aquí:

El programa debe verificar con frecuencia para asegurarse de que estos artículos no hayan vencido.

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sección 8: Decisión del programa respecto a la administración de medicamentos**

El programa tomó la siguiente decisión respecto a la administración de medicamentos:  
**(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- El programa **ADMINISTRARÁ** ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, atomizadores, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico.\* **(Llene las secciones 9-12, 22).**
- El programa **ADMINISTRARÁ** autoinyectores de epinefrina, difenhidramina en combinación con el autoinyector, inhaladores para asma y nebulizadores específicos al paciente.\* **(Llene las secciones 9-12, 22).**
- El programa **ADMINISTRARÁ** suministros de autoinyectores de epinefrina no específicos a pacientes. **(Llene el Apéndice J).**
- El programa **ADMINISTRARÁ** los medicamentos que requieren que el plan de cuidado de la salud del programa cuente con la aprobación del asesor de atención médica como se describe en las **secciones 13 y 14.\* (Llenar las secciones 9 y 13-22).**

**Si el programa no administrará medicamentos** (que no sean ungüentos, lociones, cremas y aerosoles, incluidos los productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico y autoinyectores de epinefrina difenhidramina combinados con el autoinyector de epinefrina, los inhaladores para asma y los nebulizadores), explique cómo se satisfarán las necesidades del niño si está tomando medicamentos que deban administrarse durante el horario del programa.

Explique aquí:

**\*Administración por uno de los padres/familiar**

Una persona que sea un familiar mayor de 18 años de edad (con excepción de los padres del niño) de tercer grado de consanguinidad de los padres o padrastros de un niño, incluso si esa persona es un proveedor o voluntario del programa, puede administrar los medicamentos al niño de quien es familiar mientras el niño esté asistiendo al programa, aunque el programa no esté aprobado para administrar medicamentos.

Un familiar de tercer grado de consanguinidad de los padres o padrastros del niño incluye: los abuelos del niño, los bisabuelos del niño, los tatarabuelos del niño, los tíos y tías del niño, incluyendo a los cónyuges de los tíos y tías, los bisabuelos y bisabuelas del niño, incluyendo a los cónyuges de los bisabuelos y bisabuelas; los hermanos del niño y los primos hermanos del niño, incluyendo a los cónyuges de los primos hermanos.

Si uno de los padres o un familiar de tercer grado de consanguinidad de los padres o padrastros del niño le administró los medicamentos durante el horario del programa, se debe registrar la dosis y la hora de la administración del medicamento y se puede documentar de la siguiente manera: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario de OCFS **Registro de Administración de Medicamentos, OCFS-LDSS-7004-S**
- Otro: (Por favor adjunte formulario desarrollado por el programa).

|                             |              |  |              |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde) | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|

**Sección 9: El programa ADMINISTRARÁ ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico y autoinyectores de epinefrina difenhidramina combinados con el autoinyector de epinefrina, los inhaladores para asma y los nebulizadores.**

**Ungüentos tópicos de venta libre, lociones, cremas y aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes contra insectos de uso tópico (TO/S/R).**

El programa debe tener permiso de los padres para aplicar cualquier TO/S/R de venta libre.

Cualquier TO/S/R de venta libre se aplicará de acuerdo con las instrucciones de uso del paquete. Si las instrucciones de los padres no coinciden con las del paquete, el programa obtendrá instrucciones de un proveedor de atención médica o una persona autorizada para emitir recetas antes de aplicar los TO/S/R.

Todos los TO/S/R de venta libre se mantendrán en su envase original. Todos los TO/S/R específicos de los niños deben ser etiquetados con el nombre y el apellido del niño.

Los TO/S/R se deben mantener en un área limpia que esté fuera del alcance de los niños.

Explique en dónde se almacenarán:

Todos los TO/S/R sobrantes o vencidos deben devolverse a los padres del niño para su eliminación. Los TO/S/R que los padres no recojan deben eliminarse en un contenedor de basura no accesible a los niños.

Todos los TO/S/R de venta libre que se apliquen al niño durante el horario del programa se registrarán y se mantendrán de la siguiente manera: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario de OCFS **Registro de Administración de Medicamentos, OCFS-LDSS-7004-S**
- En un registro específico de cada niño *(Adjunte el formulario desarrollado por el programa).*
- Otro:

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

Se documentarán todos los efectos secundarios observables. Se notificará a los padres inmediatamente si se observa algún efecto secundario. Si es necesario, se llamará a los servicios médicos de emergencia.

El programa: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- Aplicará los TO/S/R de venta libre que suministren los padres para su hijo.
- Mantendrá un suministro de TO/S/R de venta libre que esté disponible para su uso en niños cuyos padres hayan dado su consentimiento. Este incluye lo siguiente:

Explique aquí:

Se debe obtener el permiso de los padres antes de aplicar cualquier TO/S/R de venta libre no específico de los niños. Se informará a los padres que los TO/S/R aplicados no son específicos de un niño y que pueden usarse para varios niños.

El programa se adherirá a las siguientes directrices de control de infecciones siempre que se usen TO/S/R no específicos de los niños:

- Es obligatorio el lavado de manos antes y después de aplicar los TO/S/R.
- Se debe tener cuidado de extraer los TO/S/R de la botella o del tubo sin tocar el dispensador.
- Se obtendrá una cantidad adecuada de TO/S/R, así que no es necesario obtener más cuando el proveedor haya empezado a aplicar los TO/S/R *(si se necesita dispensar más TO/S/R después de haberlo aplicado a la piel del niño, es necesario lavarse las manos antes de tocar el dispensador)*.
- Se usarán guantes cuando sea necesario.
- Se debe descartar de manera segura los TO/S/R que puedan estar contaminados.

El programa tiene la obligación de proteger a los niños bajo su cuidado de ser lesionados. Parte de esta obligación incluye la aplicación de TO/S/R de acuerdo con el permiso de los padres.

Describa el procedimiento del programa para proteger a los niños cuando no se cuente con el permiso de los padres para aplicar TO/S/R, como protector solar o repelente de insectos:

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Autoinyectores de epinefrina, difenhidramina en combinación con el autoinyector de epinefrina, inhaladores para asma y nebulizadores específicos al paciente**

El personal que **NO** está autorizado para administrar medicamentos puede administrar atención de emergencia por medio del uso de dispositivos autoinyectores de epinefrina, difenhidramina específica al paciente cuando estén recetados en combinación con el autoinyector de epinefrina, el inhalador o el nebulizador para el asma, cuando sea necesario para prevenir la anafilaxis o la dificultad para respirar de un niño en particular pero sólo cuando los padres y el proveedor de atención médica del niño hayan indicado que dicho tratamiento es adecuado.

Además, el programa obtendrá lo siguiente:

- Un **Plan Individual de Atención Médica para un Niño con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud, OCFS-LDSS-7006-S**, por escrito debe ser obtenido para cumplir este requisito. **(Consulte la Sección 2: Niños con necesidades especiales de atención médica).**
- El formulario **Plan de Emergencia Individual para Alergias y Anafilaxis, OCFS-6029-S**, para niños con alergias conocidas, y la información del niño en **Registro de Cuidado Diurno, OCFS-LDSS-0792-S**, o “Tarjeta Azul”.
- Una orden emitida por el proveedor de atención médica del niño para administrar medicamentos de emergencia, incluyendo una receta médica para el medicamento. Para cumplir este requisito se puede usar el **Formulario de Consentimiento para Medicamentos, OCFS-LDSS-7002-S**.
- Permiso por escrito de los padres para administrar medicamentos de emergencia, según la prescripción del proveedor de atención médica del niño. Para cumplir este requisito se puede usar el **Formulario de Consentimiento para Medicamentos, OCFS-LDSS-7002-S** de la OCFS.
- Instrucciones sobre el uso y la administración del medicamento de emergencia que proporcionaron los padres del niño, el profesional de atención médica o un asesor de atención médica.

Además,

- El personal que haya recibido instrucciones para el uso del autoinyector de epinefrina, la difenhidramina, el inhalador o el nebulizador de asma debe estar presente durante todo el horario en que el niño esté bajo cuidado con la posible condición de emergencia y debe incluirse en el plan individual de atención médica del niño.
- El personal que administre el autoinyector de epinefrina, la difenhidramina, el medicamento para el asma o el nebulizador debe tener 18 años de edad, como mínimo, a menos que el administrador sea uno de los padres del niño.
- El personal debe comunicarse inmediatamente con el 911 después de administrar la epinefrina.
- Si se administra un inhalador o un nebulizador para el asma, el personal debe llamar al 911 si la respiración del niño no regresa a su funcionamiento normal después de usarlo.
- El almacenamiento, la documentación de la administración de medicamentos y el etiquetado del autoinyector de epinefrina, el inhalador para asma y el nebulizador para asma debe estar de acuerdo con todos los reglamentos correspondientes.

Explique en dónde se almacenarán:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|



## **Exención de los niños en edad escolar para llevar y administrar medicamentos**

Cuando un programa ha acordado administrar un inhalador a un niño con asma u otra condición respiratoria diagnosticada, o un autoinyector de epinefrina para anafilaxis específico para un paciente, un niño en edad escolar puede llevar y usar estos dispositivos durante el horario del cuidado diurno si el programa consigue el permiso por escrito de tal uso de un proveedor de atención médica o una persona autorizada para emitir recetas debidamente autorizadas, el consentimiento de los padres por escrito y completa un plan individual de atención médica para el niño.

El programa debe mantener en su archivo el plan individual de atención médica, el consentimiento de los padres y el consentimiento del proveedor de atención médica o de la persona autorizada para emitir recetas que documente el permiso para que un niño en edad escolar lleve un inhalador o un autoinyector.

Las **secciones 10-12** se deben completar **SÓLO** si el programa piensa administrar ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, atomizadores, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico, y/o autoinyector de epinefrina, difenhidramina en combinación con el autoinyector de epinefrina, inhaladores para asma y nebulizadores y **no** administrar cualquier otro medicamento.

### **Sección 10: Declaración de confidencialidad**

La información relacionada con un niño que esté en el programa es confidencial y no se puede divulgar a nadie que no sea la OCFS, las personas a quienes ésta haya designado u otras personas autorizadas por ley.

La información de salud de cualquier niño que esté en el programa puede ser proporcionada al distrito de servicios sociales a solicitud, si el niño recibe un subsidio de cuidado diurno del distrito o si se ha mencionado al niño en una denuncia de supuesto abuso o maltrato infantil, o según esté autorizado por la ley de otra manera.

### **Sección 11. Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**

El programa cumplirá con las disposiciones de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Si se identifica ahora o en el futuro que un niño inscrito en el programa tiene una discapacidad cubierta por la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, el programa evaluará su capacidad para satisfacer las necesidades del niño. Si el programa puede satisfacer las necesidades del niño sin realizar una modificación fundamental en el programa y el niño necesita medicamentos regulares o de emergencia, el programa seguirá los pasos necesarios para obtener la aprobación para administrar medicamentos.

### **Sección 12. Declaración del licenciario**

Es responsabilidad del programa seguir el plan de atención médica y todos los reglamentos de cuidado infantil.

La OCFS debe revisar y aprobar el plan de atención médica como parte del proceso de obtención de la licencia. La OCFS debe revisar y aprobar cualquier cambio o modificación en el plan de atención médica antes de que el programa pueda implementar los cambios.

Las políticas de atención médica del programa se proporcionarán a los padres en el momento de la admisión y siempre que se realicen cambios, y el plan de atención médica se podrá proporcionar a los padres si lo solicitan.

|  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
| Nombre del programa de cuidado diurno (en letra de molde): |  | Número de licencia o de registro: |  |
| Firma autorizada:  | Nombre autorizado (en letra de molde): | Fecha:<br>/ /                     |  |

|                           |              |   |              |
|---------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|---------------------------|--------------|---|--------------|

**Sólo llene las secciones 13-22 si el programa administrará medicamentos.**

**Sección 13: Para los programas que ADMINISTRARÁN medicamentos**

El programa administrará medicamentos con receta médica y sin receta médica por todas las vías cubiertas en el curso de Capacitación para la Administración de Medicamentos (MAT) (*medicamentos de aplicación oral, tópica, ocular, ótica, inhalada, parches medicados y epinefrina administrada con dispositivo autoinyector*).

El programa administrará medicamentos de conformidad con los reglamentos de la OCFS para el cuidado diurno infantil. Sólo un proveedor de cuidado que haya completado la capacitación adecuada o que cuente con la licencia correspondiente y esté incluida en la lista de administradores de medicamentos en este plan de atención médica podrá administrar medicamentos en el programa, con la excepción de ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico y medicamentos de emergencia--autoinyectores de epinefrina específicos a pacientes, difenhidramina cuando se receten combinados con el autoinyector de epinefrina, los inhaladores para asma y los nebulizadores.

**Sección 14. Personal autorizado para administrar medicamentos**

El **Apéndice H** (*siguiendo las instrucciones de la Sección 14*) se debe completar si el programa tiene planes de administrar medicamentos.

Cualquier persona incluida en la lista del **Apéndice H** como administrador de medicamentos cuenta con la aprobación para administrar medicamentos utilizando las siguientes vías: tópica, oral, inhalada, ocular y ótica, parches medicados y epinefrina utilizando un dispositivo autoinyector.

**Si un niño del programa requiere la administración de un medicamento por vía rectal, vaginal, por inyección u otra vía no incluida en la lista anterior, el programa sólo administrará el medicamento de acuerdo con los reglamentos de cuidado infantil.**

Cualquier individuo listado en el **Apéndice H** que esté capacitado para administrar autoinyectores de epinefrina almacenados no específicos a pacientes solo puede administrar este medicamento si cumplen con los requisitos adicionales de capacitación resumidos en el **Apéndice J**.

**Para obtener la aprobación para administrar medicamentos que no sean ungüentos tópicos de venta libre, lociones y cremas, aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes de insectos de uso tópico, todas las personas incluidas en la lista del plan de atención médica deben ser mayores de 18 años de edad y tener un documento válido de:**

- Certificado de Capacitación para la Administración de Medicamentos (MAT).
- Certificado de Resucitación Cardiopulmonar (CPR) que cubra todas las edades de los niños que el programa tiene aprobación para atender, como se indica en la licencia o el registro del programa.
- Certificado de Primeros Auxilios que cubra todas las edades de los niños que el programa tiene aprobación para atender, como se indica en la licencia o el registro del programa.
- O—
- Exención de los requisitos de capacitación reglamentaria.

Las personas incluidas en la lista del plan de atención médica como administradores de medicamentos sólo pueden administrar medicamentos cuando las etiquetas, los prospectos, las instrucciones y todos los materiales relacionados están escritos en el idioma que entienden los administradores de medicamentos.

Todos los administradores de medicamentos deben cumplir con los "cinco puntos correctos" (*niño, medicamento, vía, dosis y hora*) de acuerdo con los reglamentos y los estándares de las mejores prácticas siempre que administren medicamentos.

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) ( <i>si corresponde</i> ) | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sección 15. Formularios y documentos relacionados con la administración de medicamentos**

Todos los consentimientos y registros de medicamentos se deben mantener en la siguiente ubicación:

- Archivo del niño
- Libro de registro de medicamentos
- Otro:

Explique aquí:

El *Formulario de Consentimiento de Medicamentos*: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- El programa aceptará el permiso y las instrucciones para administrar medicamentos. Para cumplir este requisito se puede usar el ***Formulario de Consentimiento de Medicamentos, OCFS-LDSS-7002-S***, de la OCFS.
- El permiso y las instrucciones que NO se reciban en el formulario de la OCFS se aceptarán en el documento del proveedor de atención médica con la condición de que la información relacionada con los medicamentos esté completa.
- Otro: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

Los formularios de consentimiento para la continua administración de medicamentos se deben renovar según los reglamentos. ¿Con qué frecuencia revisará los permisos por escrito para la administración de medicamentos y las instrucciones para verificar que estén actualizados y no hayan vencido?

Explique aquí:

Todos los medicamentos administrados a un niño durante el horario del programa se deben documentar.

El programa puede usar el siguiente formulario para documentar la administración de medicamentos durante el horario del programa: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario de la OCFS, ***Registro de Administración de Medicamentos, OCFS-LDSS-7004-S***
- Otro: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

Se documentarán todos los efectos secundarios observables. Se notificará a los padres inmediatamente si se observa algún efecto secundario. Si es necesario, se llamará a los servicios médicos de emergencia.

El programa documentará las veces que el medicamento no se administre según el horario establecido. Se documentará la fecha, la hora y la razón. Se notificará a los padres inmediatamente. Si el incumplimiento en la administración del medicamento según su programación es un error de administración de medicamentos, el programa seguirá todas las políticas y los procedimientos relacionados con los errores de administración de medicamentos. **(Consulte la Sección 17: Errores de medicamentos).**

**Permisos e instrucciones verbales**

La política del programa respecto a la aceptación del permiso y las instrucciones verbales cuando los padres no puedan proporcionar al programa el permiso y las instrucciones por escrito es la siguiente: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- El programa **NO ACEPTARÁ** permisos ni instrucciones verbales. Se deben recibir por escrito todos los permisos y las instrucciones.
- El programa **ACEPTARÁ** el permiso verbal de uno de los padres y las instrucciones verbales del proveedor de atención médica sólo en la medida en que lo permitan los reglamentos de la OCFS. *(Sólo las personas aprobadas por el plan de atención médica para administrar medicamentos aceptarán el permiso verbal y las instrucciones de todos los medicamentos, excepto los ungüentos tópicos de venta libre, lociones, cremas y aerosoles, incluyendo productos de protección solar y repelentes contra insectos de uso tópico).*

Si el programa **ACEPTA** los permisos y las instrucciones verbales, el programa deberá documentar el permiso y las instrucciones verbales que recibió y la administración del medicamento de la siguiente forma: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Formulario de OCFS **Formulario de Consentimiento Verbal y Registro de Administración de Medicamentos, OCFS-LDSS-7003-S**
- Otro: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sección 16. Suministro, manipulación, almacenamiento y eliminación de medicamentos**

Todos los medicamentos específicos de los niños deben estar debidamente etiquetados e incluir el nombre y el apellido del niño y acompañados del permiso necesario de los padres y, cuando corresponda, las instrucciones del proveedor de atención médica, de acuerdo con los reglamentos de la OCFS antes de aceptarlos de los padres.

Medicamentos de venta libre no específicos de los niños: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- No** se suministrará en el programa.
- Se suministrará en el programa.  
*(El procedimiento de suministro de este medicamento debe cumplir con el reglamento).*

Medicamentos autoinyectores de epinefrina no específicos de los niños: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- No** se suministrará en el programa.
- Se suministrará en el programa.  
*(El procedimiento de suministro de este medicamento debe cumplir con las regulaciones).*

Todos los medicamentos se mantendrán en su envase original etiquetado.

Los medicamentos se deben mantener en un área limpia que esté fuera del alcance de los niños. Explique en dónde se almacenarán los medicamentos. Tome nota de los medicamentos, tales como los autoinyectores de epinefrina o los inhaladores para asma, que pueden almacenarse en un área diferente.

Explique aquí:

Los medicamentos que requieren refrigeración se almacenarán: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- En un refrigerador sólo para medicamentos ubicado en: \_\_\_\_\_
- En un refrigerador, en un recipiente hermético, inaccesible a los niños.

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sustancias controladas**

Todos los medicamentos que tienen una etiqueta de la farmacia que identifica el contenido como una sustancia controlada son regulados por la Agencia de Control de Drogas federal. Estos medicamentos serán: **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Almacenados en un área bajo llave con acceso limitado.
- Contados al recibirse un frasco con el medicamento recetado de los padres o del tutor legal.
- Contados a diario si hay más de una persona que tenga acceso al área en la que se almacenan.
- Contados antes de devolverlos a los padres para su eliminación.
- Otro:

Explique aquí:

Explique en dónde almacenará las sustancias controladas y quién tendrá acceso a estos medicamentos:  
Explique aquí:

**Medicamentos vencidos**

El programa verificará que los medicamentos no estén vencidos: **(Marque la opción que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Semanalmente
- Mensualmente
- Otro:

Explique aquí:

**Eliminación de medicamentos**

Todos los medicamentos sobrantes o vencidos deben devolverse a los padres del niño para su eliminación. Los medicamentos que los padres no recojan deben eliminarse de manera segura. Los medicamentos almacenados se eliminarán de manera segura. Los suministros de dispositivos con autoinyectores se eliminarán de acuerdo a lo estipulado en el **Apéndice J**.

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sección 17. Errores de medicamentos: COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ CUALQUIER MEDICAMENTO Y/O SI EL PROGRAMA OFRECE CUIDADO A BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS O NIÑOS MODERADAMENTE ENFERMOS**

Se debe notificar inmediatamente a los padres y es necesario notificar a la OCFS dentro de las siguientes 24 horas después de cualquier error de administración de medicamentos. La notificación a la OCFS se debe hacer en el formulario **OCFS-7005-S, Formulario de Informe de Error de Medicamentos**, proporcionado por la OCFS o en un formulario equivalente aprobado. El programa mantendrá la confidencialidad de todos los niños involucrados.

Cuando ocurra cualquier error en la administración de medicamentos, el programa:

- Puede recomendar a los padres del niño que se pongan en contacto con el proveedor de atención médica del niño cuando ocurra un error.
- Notificará a la OCFS tan pronto como sea posible, pero a más tardar a las 24 horas después de que ocurra cualquier error en la administración de medicamentos.
- Llenará el formulario de la OCFS **Formulario de Informe de Error de Medicamentos, OCFS-LDSS-7005-S**, o un equivalente aprobado para informar todos los errores de medicamentos que ocurran en el programa. Si hay más de un niño involucrado en el error, el programa llenará un **Formulario de Informe de Error de Medicamentos, OCFS-7005-S**, para cada niño involucrado.

Además, el programa notificará a estas personas adicionales (por ejemplo, el asesor de atención médica del programa). Si no proporcionará notificaciones adicionales, escriba "no se aplica" o N/A en esta sección.

Lista:

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

### Sección 18 Información y declaración del asesor de atención médica

La Sección 18 la debe llenar el asesor de atención médica si el programa administrará cualquier medicamento y/o si el programa ofrece cuidado a bebés y niños pequeños o niños moderadamente enfermos.

Información del asesor de atención médica (*Health Care Consultant-HCC*):

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nombre del HCC (Escriba claramente en letra de molde):   |  |  |
| Profesión:<br><br>(Un HCC debe tener una licencia válida del Estado de Nueva York para ejercer como médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero registrado) <b>Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una.</b> | <input type="checkbox"/> Médico                        | Número de Licencia:<br>Fecha de Vencimiento: / / |
|  | <input type="checkbox"/> Asistente médico              | Número de Licencia:<br>Fecha de Vencimiento: / / |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermero con práctica médica | Número de Licencia:<br>Fecha de Vencimiento: / / |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermero registrado          | Número de Licencia:<br>Fecha de Vencimiento: / / |

Como asesor de atención médica del programa:

- Revisaré y aprobaré el plan de atención médica del programa. Mi aprobación del plan de atención médica indica que las políticas y los procedimientos descritos en este documento son seguros y adecuados para el cuidado de las categorías de los niños en el programa.
- Notificaré al programa si revoco mi aprobación del plan de atención médica. Si deseo hacerlo, también puedo notificar a la OCFS sobre la revocación, llamando al **1-800-732-5207** (o en la Ciudad de Nueva York, puedo contactar a la oficina del distrito local para el programa) o enviar una notificación por escrito a la OCFS.
- Notificaré inmediatamente al programa si no puedo seguir siendo el asesor de atención médica de registro.

Además, como asesor de atención médica del programa:

- Verificaré que todo el personal autorizado para administrar medicamentos cuente con las credenciales profesionales necesarias o haya completado con éxito todas las capacitaciones, de acuerdo con los reglamentos de cuidado diurno de la OCFS (*capacitación en MAT, CPR adecuado para la edad y primeros auxilios*).

Otro:

Explique aquí:

|                             |              |  |              |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde) | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|--|--------------|

**SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS**



**Revisión del plan de atención médica realizada por el asesor de atención médica**

En el caso de los programas que ofrecen administración de medicamentos y programas que ofrecen cuidado a bebés y niños pequeños o niños moderadamente enfermos, el asesor de atención médica (HCC) debe visitar el programa por lo menos una vez cada año.

Esta visita incluirá:

- Una revisión de las políticas y los procedimientos de atención médica;
- Una revisión de la documentación y la práctica; y
- Una evaluación del cumplimiento continuo del programa con el Plan de Atención Médica (*Health Care Plan-HCP*) y las políticas.

| Fecha de revisión del HCP | Firma del HCC |
|---------------------------|---------------|
| / /                       |               |
| / /                       |               |
| / /                       |               |
| / /                       |               |

Apruebo este plan de atención médica por escrito a partir de la fecha indicada debajo de mi firma:

|  |  |
|--|--|
| Firma del Asesor de Atención Médica:                               |  |
| Nombre del Asesor de Atención Médica ( <i>en letra de molde</i> ): |  |
| Fecha: / /   |  |

**Sección 19. Declaración de confidencialidad**

La información relacionada con un niño que esté en el programa es confidencial y no se puede divulgar a nadie que no sea la OCFS, las personas a quienes esta haya designado u otras personas autorizadas por ley.

La información de salud de cualquier niño que esté en el programa se proporcionará al distrito de servicios sociales a solicitud, si el niño recibe un subsidio de cuidado diurno del distrito o si se ha mencionado al niño en una denuncia de supuesto abuso o maltrato infantil, o según esté autorizado por la ley de otra manera.

SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) ( <i>si corresponde</i> ) | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

**Sección 20. Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para los programas**

El programa cumplirá con las disposiciones de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Si se identifica ahora o en el futuro que un niño inscrito en el programa tiene una discapacidad cubierta por la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, el programa evaluará su capacidad para satisfacer las necesidades del niño. Si el programa puede satisfacer las necesidades del niño sin realizar una modificación fundamental en el programa y el niño necesitará medicamentos regulares o de emergencia, el programa seguirá los pasos necesarios para obtener la aprobación para administrar medicamentos.

**Sección 21. Declaración del licenciario**

Es responsabilidad del programa seguir el plan de atención médica y todos los reglamentos de cuidado infantil.

El plan de atención médica del programa se dará a los padres al ser admitidos al programa y siempre que se hagan cambios, y el plan estará disponible a pedido. La política de anafilaxis del programa se revisará anualmente, y los padres serán notificados sobre esta política en la admisión y anualmente después de esto.

Si se requiere por regulación, el programa contará con un asesor de atención médica (HCC) de registro que revisará anualmente y aprobará las políticas y los procedimientos descritos en este plan de atención médica, según sea adecuado, para brindar cuidado seguro a los niños. El HCC debe tener una licencia válida de estado de Nueva York para ejercer como médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero registrado.

El programa notificará al HCC y a la OCFS de todos los miembros nuevos del personal aprobado para administrar medicamentos y hará que el asesor de atención médica revise anualmente y apruebe sus certificados antes de permitir a la persona administrar medicamentos a los niños de cuidado infantil.

El programa notificará inmediatamente a la OCFS si el asesor de atención médica revoca el plan de atención médica por cualquier razón.

Un programa autorizado para administrar medicamentos, al que se le haya revocado la autorización para administrar medicamentos o que de otra manera haya perdido la capacidad de administrar medicamentos, debe avisar a los padres de cada niño bajo cuidado, antes del siguiente día en que opere el programa, de que ya no tiene la capacidad de administrar medicamentos.

El asesor de atención médica y la OCFS deben revisar y aprobar el plan de atención médica como parte del proceso de obtención de licencias. El programa debe **documentar en el Apéndice I** y notificar a la OCFS sobre cualquier cambio en el registro del HCC. Si el HCC termina su relación con el programa, el programa debe notificarlo a la OCFS y obtener un nuevo HCC en un máximo de 60 días. El nuevo HCC también debe revisar y aprobar el plan de atención médica anualmente. Si el nuevo HCC no aprueba el plan de atención médica del programa en un plazo de 60 días, el programa ya no podrá continuar administrando medicamentos.

El HCC y la OCFS deben revisar y aprobar cualquier cambio o modificación en el plan de atención médica antes de que el programa pueda implementar los cambios, incluyendo las adiciones o los cambios en la lista de personas autorizadas para administrar medicamentos en el plan de atención médica. El programa notificará al HCC y a la OCFS con respecto a cambios en las credenciales de las personas autorizadas para administrar medicamentos y el despido de los administradores de medicamentos del programa, incluidos MAT, medicamentos de emergencia y suministros de autoinyectores de epinefrina.

Cuando el asesor de atención médica y la OCFS aprueben el plan de atención médica, el programa notificará a los padres con respecto al plan de atención médica.

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| Nombre del programa de cuidado diurno ( <i>en letra de molde</i> ): |   | Número de licencia: |
| Firma autorizada:   | Nombre autorizado ( <i>en letra de molde</i> ): | Fecha:<br>/ /       |

SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI EL PROGRAMA ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS

## **Sección 22. Capacitación**

Todo el personal de cuidado infantil debe ser capacitado en las políticas del programa del plan de atención de salud, incluida la capacitación del personal de cuidado infantil en evaluar e identificar a todos los niños que sufren de alergias; cómo prevenir, reconocer y responder a reacciones alérgicas a los alimentos u otras y a la anafilaxis; estrategias para reducir el riesgo de exposición a desencadenantes de alergias; y cómo el programa tratará episodios de anafilaxis.

Miembros del personal/voluntarios serán capacitados de las siguientes maneras **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Orientación al contratar
- Reuniones con el personal
- Programar desarrollo profesional

El plan de comunicación al ingresar al programa y la diseminación de información entre el personal y los voluntarios con respecto a niños con alergias a alimentos u otras (incluyendo la reducción de riesgo) incluirá **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Publicar en el programa
- Reuniones con el personal
- Otro

Explique aquí:

El programa llevará a cabo controles rutinarios para asegurarse de que el nuevo personal/voluntarios estén recibiendo la capacitación descrita anteriormente de la siguiente manera **(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Revisión del archivo
- Reuniones con el personal
- Otro

Explique aquí:

|                             |              |   |              |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|
| INICIALES DEL LICENCIATARIO | FECHA<br>/ / | INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i> | FECHA<br>/ / |
|-----------------------------|--------------|---|--------------|

## **Apéndice A:** **Instrucciones para la revisión diaria de la salud**

Se realiza una revisión diaria de la salud cuando el niño llega al programa y cuando se note un cambio en el comportamiento del niño y/o su apariencia. El niño debe estar despierto cuando se realice la revisión. Verifique lo siguiente colocándose al nivel del niño para poder interactuar con el niño mientras habla con el padre o madre:

1. Conducta del niño: ¿es típica o atípica según el momento del día y las circunstancias?
2. Apariencia del niño:
  - Piel: pálida, hay rubor, sarpullido (*Toque la piel con una caricia afectuosa*).
  - Ojos, nariz y boca: revise el color; ¿hay sequedad o algún tipo de secreción? ¿Se frota el niño los ojos, la nariz o la boca?
  - Cabello (*en un brote de piojos, busque liendres a ¼" del cuero cabelludo*).
  - Respiración: normal o diferente, tos.
3. Verificar con los padres:
  - ¿Cómo parece que el niño se siente o actúa en casa?
  - ¿Duerme normalmente?
  - ¿Come/bebe normalmente? ¿Cuándo fue la última vez que el niño comió o bebió algo?
  - ¿Algún evento inusual?
  - ¿Heces y orina normales? ¿Cuándo fue la última vez que el niño usó el baño o lo cambiaron?
  - ¿Ha recibido el niño algún medicamento o tratamiento?
4. ¿Alguna evidencia de enfermedad o lesión desde la última vez que participó el niño en el cuidado infantil?
5. ¿Existe alguna indicación de supuesto abuso o maltrato infantil?

Documente que se completó la revisión diaria de salud. Para cumplir este requisito se puede usar el formulario **LDSS-4443-S, Hoja de Asistencia de Cuidado Infantil**.

Se registrará cualquier signo de enfermedad, enfermedades contagiosas, lesión o sospechas de abuso y maltrato que se detecten y se mantendrán en un archivo para cada niño, de acuerdo con la **Sección 3: Revisiones diarias de la salud**.

## **Apéndice B:** **Lavado de manos**

Los proveedores de cuidado y los voluntarios deben lavarse las manos minuciosamente con agua corriente y jabón.

- Al inicio de cada día.
- Antes y después de la administración de medicamentos.
- Cuando estén sucias.
- Después de que los niños usen el baño o de ayudarles a usarlo.
- Después de cambiar un pañal.
- Antes y después de manipular alimentos o comer.
- Después de tocar mascotas u otros animales.
- Después del contacto con cualquier secreción o fluido corporal.
- Al entrar después de estar en el exterior.

Los proveedores de cuidado y los voluntarios deben asegurarse de que los niños se laven muy bien las manos o ayudarlos a lavarse las manos con agua corriente y jabón:

- Cuando estén sucias.
- Después de usar el baño.
- Antes y después de manipular alimentos o comer.
- Después de tocar mascotas u otros animales.
- Después del contacto con cualquier secreción o fluido corporal.
- Al entrar después de estar en el exterior.

Todo el personal, los voluntarios y los niños deben lavarse las manos utilizando los siguientes pasos:

- 1) Humedecer las manos con agua y aplicar jabón líquido.
- 2) Frotar las manos enjabonadas por lo menos 30 segundos, recuerde de frotar bien entre los dedos, debajo y alrededor de las uñas, el dorso de las manos y la joyería.
- 3) Enjuagar las manos con agua corriente con los dedos hacia abajo para que el agua fluya desde la muñeca hasta la punta de los dedos.
- 4) Dejar que corra el agua.
- 5) Secar las manos con una toalla desechable de papel o con un aparato secador aprobado.
- 6) Usar una toalla para cerrar el grifo, y si está en el cuarto de baño con la puerta cerrada, usar la toalla para abrir la puerta.
- 7) Descartar la toalla en un receptáculo adecuado.
- 8) Aplicar cualquier crema de manos si es necesario.

Cuando no haya agua corriente y jabón, y las manos estén visiblemente sucias, se puede utilizar toallitas húmedas individuales en combinación con el desinfectante de manos. Está prohibido usar desinfectantes de manos en los niños menores de 2 años de edad.

## **Apéndice C:** **Cambio de pañales**

Se cambiarán pañales sólo en el área destinada para eso. No se permite manipular alimentos en las áreas de cambio de pañales.

Las superficies de las áreas de cambio de pañales se deben mantener limpias, a prueba de agua y libres de grietas, rasgaduras y hendiduras. Todos los envases de cremas para la piel y artículos de limpieza deben tener las etiquetas adecuadas y estar almacenados fuera de la superficie de cambio de pañal y fuera del alcance de los niños.

Los pañales se deben cambiar siguiendo estos pasos:

- 1) Reúna todos los materiales, pero mantenga todo lejos de la superficie de cambio de pañales, excepto los artículos que usará durante el proceso de cambio de pañal. Prepare una hoja de papel no absorbente que cubra la superficie de cambio de pañal desde el pecho hasta los pies del niño. Lleve un pañal limpio, tantas toallitas húmedas como sea necesario, guantes no porosos y una bolsa plástica para la ropa sucia.
- 2) Lávese las manos y póngase guantes. Evite el contacto con los artículos sucios. Los artículos que entren en contacto con los artículos sucios con heces u orina deben ser limpiados y desinfectados. Lleve al bebé a la mesa para cambiarlo, mantenga la ropa sucia lejos para que no toque la ropa del proveedor de cuidado. Ponga la ropa sucia en una bolsa, luego cierre la bolsa plástica de manera segura y envíe la ropa a casa.
- 3) Abra el pañal sucio, pero déjelo debajo del niño. Sostenga los pies del niño para levantarlo del pañal sucio y use las toallitas húmedas para limpiar el área. Retire las heces y la orina de adelante hacia atrás y use una toallita limpia cada vez. Coloque las toallitas húmedas sucias dentro del pañal sucio. Anote y luego reporte cualquier problema de la piel.
- 4) Retire el pañal sucio. Doble el pañal y asegúrelo con las lengüetas. Colóquelo en un recipiente forrado, cubierto o con tapadera y luego en un receptáculo en el exterior o en uno que esté fuera del alcance de los niños. Si se usan pañales reutilizables, coloque el pañal en un recipiente cubierto con plástico y con tapadera para esos pañales o en una bolsa de plástico separada para enviarlos a casa para su lavado. No enjuague ni manipule el contenido del pañal.
- 5) Revise si hay derrames debajo del bebé. Si hay suciedad visible, retire cualquier cantidad grande con una toallita húmeda, luego doble el papel desechable desde el extremo debajo de los pies del niño hasta que haya una superficie limpia debajo del niño.
- 6) Quítese los guantes y colóquelos directamente en el recipiente cubierto. Límpiense las manos con una toallita húmeda desechable.
- 7) Deslice un pañal limpio debajo del bebé. Si se usan productos para la piel, póngase guantes para aplicarlos. Deseche los guantes de manera adecuada. Asegure el pañal.
- 8) Vista al bebé antes de levantarlo de la superficie de cambio de pañal.
- 9) Lave las manos del bebé con agua y jabón si es posible. Si el niño es demasiado pesado para cargarlo para lavarle las manos y no puede pararse junto al lavamanos, use toallitas húmedas o agua y jabón con toallas de papel desechables para lavar las manos del niño. Lleve al niño de vuelta al área de cuidado infantil.
- 10) Limpie y desinfecte el área de cambio de pañales:
  - Deseche el forro de la mesa y colóquelo en el recipiente cubierto.
  - Limpie la suciedad visible que haya en la mesa de cambio de pañales.
  - Rocíe o moje toda la superficie con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) siguiendo las instrucciones para desinfectar las superficies de cambio de pañales.
  - Deje el producto en la superficie durante el tiempo que se indica en la etiqueta y luego seque la superficie o deje secar al aire.
- 11) Lávese las manos minuciosamente.

**Apéndice D:**  
**Precauciones de seguridad relacionadas con la sangre**

Todo el personal debe seguir las precauciones estándar al manipular sangre o fluidos corporales contaminados con sangre. Estos son:

- a) Debe haber guantes desechables disponibles inmediatamente y se deben utilizar siempre que haya la posibilidad de contacto con sangre o fluidos corporales contaminados con sangre.
- b) Los proveedores de cuidado deben ser cuidadosos de que la sangre o los fluidos corporales contaminados con sangre no entren en contacto con sus ojos, nariz, boca o cualquier herida abierta.
- c) Lave y desinfecte las superficies de los muebles y los pisos en los que se haya derramado sangre.
- d) Descarte los materiales contaminados con sangre y los guantes en una bolsa plástica sellada. Al final del día se debe entregar la ropa contaminada con sangre a los padres.
- e) Lávese las manos utilizando los procedimientos adecuados de lavado de manos.

**En caso de emergencia, el bienestar del niño debe ser la prioridad. No se le debe negar la atención a un niño que esté sangrando, incluso si no haya guantes disponibles inmediatamente.**

## **Apéndice E:** **Limpieza, lavado y desinfección**

### **Los equipos, juguetes y objetos que usen o toquen los niños deben ser limpiados y desinfectados como se indica a continuación:**

1. El equipo que se utiliza con frecuencia o que los niños tocan a diario se debe limpiar y luego desinfectar con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) cuando esté sucio y por lo menos una vez por semana.
2. En las alfombras contaminadas con fluidos corporales se debe limpiar el área sucia.
3. Las superficies de cambio de pañales se deben desinfectar después de cada uso, con un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones en la etiqueta para desinfectar las áreas de cambio de pañales.
4. Se debe limpiar y desinfectar las superficies de muebles, mesas y superficies de preparación de alimentos (*incluidas las tablas de picar*) antes y después de preparar la comida y comer.
5. Se debe vaciar y lavar las bacinicas *después de cada uso*, y además, limpiarlas y desinfectarlas *diariamente* con un desinfectante con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA), siguiendo las instrucciones de la etiqueta para ese fin. Si se está enseñando a ir al baño a más de un niño del programa, se debe vaciar las bacinicas, lavarlas, limpiarlas y desinfectarlas con un producto registrado en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) *después de cada uso*. Las bacinicas no se deben lavar en un lavamanos, a menos que se limpie y se desinfecte el lavamanos después de cada uso.
6. Los baños se deben mantener limpios en todo momento y deben tener papel higiénico, jabón y toallas al alcance de los niños.
7. Se deben limpiar todas las habitaciones, el equipo, las superficies, los suministros y los muebles accesibles a los niños y luego desinfectarlos utilizando un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones de la etiqueta, según sea necesario para proteger la salud de los niños.
8. Los termómetros y los juguetes que los niños se meten a la boca se deben lavar y desinfectar usando un producto registrado en la EPA, siguiendo las instrucciones de la etiqueta, antes de que lo use otro niño.

#### **Desinfección y las soluciones de desinfección**

El agente desinfectante más común es el cloro sin olor, porque es barato y fácil de obtener. El Código Sanitario del Estado mide las soluciones de desinfección en "partes por millón", pero los programas pueden hacer las soluciones de la concentración correcta (sin tener que comprar equipo especial) leyendo la etiqueta del envase de cloro y usando mediciones de uso doméstico común.

#### **Lea la etiqueta**

El hipoclorito de sodio es el ingrediente activo del cloro. Las diferentes marcas de color pueden tener diferentes cantidades de este ingrediente: *las medidas que se muestran en este apéndice son para cloro que contenga del 6 al 8.25 por ciento de hipoclorito de sodio*. La única forma de saber cuánto hipoclorito de sodio contiene el cloro es leyendo la etiqueta. Siempre lea la etiqueta de la botella de cloro para determinar su concentración antes de comprarla. Si no indica la concentración, no compre el producto.

#### **Uso de medidas comunes en el hogar**

Usando cloro que contiene de 6 a 8.25 por ciento de hipoclorito de sodio, los programas necesitan hacer dos soluciones estándar de cloro recomendadas para rociar las superficies no porosas o duras y una solución separada para sumergir los juguetes que los niños se llevan a la boca. Cada botella rociadora debe tener etiqueta que indique su mezcla respectiva y el propósito. Manténgalo fuera del alcance de los niños. Las medidas de cada tipo de solución desinfectante se especifican en la próxima página.



**SOLUCIÓN DE CLORO PARA ROCIAR N.º 1 (para superficies de contacto de alimentos)**

El personal debe usar los siguientes procedimientos para limpieza, lavado y desinfección de superficies no porosas y duras como mesas, superficies de muebles y bandejas de mesas de comer.

1. Lavar la superficie con jabón y agua.
2. Enjuagar hasta que estén limpias.
3. Rociar la superficie con una solución de **½ cucharadita de cloro en un cuarto de litro de agua** hasta que brille.
4. Dejar estar por dos minutos.
5. Limpiar con una toalla de papel o dejar secar al aire.

**SOLUCIÓN DE CLORO PARA ROCIAR N.º 2 (para superficies de cambio de pañales o contaminadas con sangre o fluidos corporales)**

El personal debe usar los siguientes procedimientos para limpiar y desinfectar las superficies de cambio de pañales o contaminadas con sangre y fluidos corporales:

1. Ponerse guantes.
2. Lavar la superficie con jabón y agua.
3. Enjuagar con agua corriente hasta que el agua esté clara.
4. Rociar la superficie con una solución de **1 cucharada de cloro en un cuarto de litro de agua** hasta que brille.
5. Dejar estar por dos minutos.
6. Limpiar con una toalla de papel o dejar secar al aire.
7. Eliminar los materiales de limpieza contaminados en una bolsa de plástico y asegurarlos.
8. Quitarse los guantes y eliminarlos en un receptáculo forrado con plástico.
9. Lavarse las manos minuciosamente con jabón y agua corriente.

**SOLUCIÓN DE CLORO PARA REMOJAR (para desinfectar juguetes que los niños se llevan a la boca)**

El personal debe usar el siguiente procedimiento para limpiar y desinfectar los juguetes que los niños se lleven a la boca:

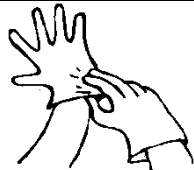
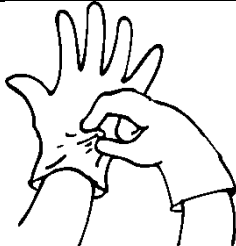
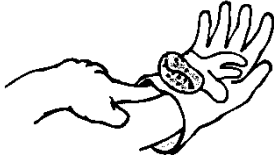


1. Lavar los juguetes en agua jabonosa tibia, usando un cepillo para limpiar las hendiduras y los lugares difíciles de alcanzar.
2. Enjuagar con agua corriente hasta que el agua esté clara.
3. Colocar los juguetes en la solución de **1 cucharadita de cloro en 1 galón de agua**.
4. Remojar durante cinco minutos.
5. Enjuagar con agua fresca.
6. Dejar secar los juguetes al aire.

Al desinfectar los equipos, los juguetes y las superficies sólidas, el programa debe usar:

**(Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una).**

- Producto registrado en la EPA aprobado para desinfección, siguiendo las instrucciones del fabricante para mezclar y aplicarlo
- Solución de cloro preparada cada día
  - Rocíe la solución # 1: **½ cucharadita de cloro por 1 cuarto de litro de agua**
  - Rocíe la solución # 2: **1 cucharada de cloro por 1 cuarto de litro de agua**
  - Solución para sumergir: **1 cucharadita de cloro por un galón de agua**

**Apéndice F:  
Uso de guantes**

| <b>RETIRO</b>   |   |
|---|---|
| 1. Lavarse las manos.   |   |
| 2. Póngase un par de guantes limpios. No vuelva a usar los guantes.   |    |
| <b>ELIMINACIÓN Y DESECHO</b>  |   |
| 1. Quítese el primer guante jalando en la palma para quitarse el guante. Toda la superficie exterior del guante se considera que está sucia. Haga que las superficies sucias toquen sólo las superficies sucias.  |    |
| 2. Haga una bola con el primer guante en la palma de la otra mano que tiene el guante puesto.   |   |
| 3. Use la mano que ya no tiene guante para quitar el otro guante. Inserte un dedo debajo del guante en la muñeca y empuje el guante sobre el guante que tiene en la palma de la mano. La superficie interna del guante y la mano que no tiene guante se consideran limpias. Tenga cuidado de tocar las superficies limpias sólo con superficies limpias. <i>No toque la parte exterior del guante con la mano sin guante.</i> |  |
| 4. Deje caer los guantes sucios en un receptáculo de basura con forro plástico.   |  |
| 5. Lávese las manos.  |   |

Apéndice F

**El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos. Los proveedores siempre se deben lavar las manos después de quitarse y desechar los guantes médicos.**

## Apéndice G: Emergencia médica

- Mantenga la calma. Dele seguridad al niño (víctima) y a los demás niños en la escena.
- Si el área no es segura, llévelos a un lugar seguro.
- Siga los protocolos de primero auxilios y/o CPR.
- Llame a los servicios médicos de emergencia o **911**. Proporcione toda la información importante despacio y con claridad. Para asegurarse de que proporcionó la información necesaria, espere a que la otra parte cuelgue primero. Si se sospecha de envenenamiento accidental, llame a la **línea directa nacional de control de envenenamiento al 1-800-222-1222** para obtener ayuda.
- Siga las instrucciones del operador de emergencias.
- Envíe la información de contacto de emergencia y el permiso para recibir atención de emergencia cuando transporten al niño para recibirla.
- Notifique a los padres sobre la emergencia tan pronto como sea posible. Si no puede localizar a los padres, avise a la persona de contacto de emergencia del niño.
- Después de satisfacer las necesidades del niño y de todos los demás niños en cuidado infantil, notifique inmediatamente a la OCFS si la emergencia implicó algún fallecimiento, un incidente grave, una lesión grave, una enfermedad grave, una *enfermedad* contagiosa (según se identifica en la lista del **Departamento de Salud del Estado de Nueva York [DOH-389]**, que se encuentra en [http://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-389\\_instructions.pdf](http://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-389_instructions.pdf)), o el transporte de un niño al hospital que ocurriera mientras el niño estaba bajo el cuidado del programa o estaba siendo transportado por un proveedor de cuidado.

## Apéndice H: Administradores de medicamentos

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Número de licencia/registro: | Si se envía por separado este formulario del plan de atención médica a la OCFS, indique la fecha de envío: / / |
|------------------------------|--|

Se puede enviar por separado a la OCFS una copia de este formulario si el plan de atención médica del programa ya ha sido aprobado y el único cambio al plan es la adición o la eliminación de un administrador de medicamentos o una actualización de la información de un administrador de medicamentos existente. Se debe notificar al asesor de atención médica y a la OCFS de cualquier adición, retiro o cambio de administrador de medicamentos.

**Todo el personal indicado como administrador de medicamentos debe tener certificado de primeros auxilios y CPR que cubra las edades de los niños que están en cuidado infantil y debe tener por lo menos 18 años de edad. La documentación de los certificados de primeros auxilios adecuados para la edad y de CPR se mantendrá en el sitio y estará disponible a solicitud.** Use el cuadro a continuación para identificar al personal capacitado para administrar medicamentos de emergencia, medicamentos OTC, y medicamentos no específicos a niños y/o medicamentos prescritos para niños específicos.

**\*EMAO (Emergency Medication Administration Overview o Información de Administración de Medicamentos de Emergencia) específica al paciente; Suministro no específico al paciente.**

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Específica al paciente | Fecha de Suministro<br>Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |  |

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Específica al paciente | Fecha de Suministro<br>Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |  |

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Específica al paciente | Fecha de Suministro<br>Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /  |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |  |

Apéndice H

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Especifica al paciente | Fecha de Suministro Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |   |

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Especifica al paciente | Fecha de Suministro Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |   |

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Especifica al paciente | Fecha de Suministro Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |   |

| Nombre:            | A=Agregar<br>R=Retirar<br>C=Cambiar | Fecha de vencimiento de MAT | Fecha de vencimiento de CPR | Fecha de vencimiento de Primeros auxilios | Fecha de EMAO<br>*Especifica al paciente | Fecha de Suministro Autoinyectores de epinefrina<br>*No específicos a pacientes |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Original           | Agregar                             | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Idioma             |                                     |                             |                             |   |  |   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Renovación         |                                     | / /                         | / /                         | / /                                       |  | / /   |
| Iniciales del HCC: |                                     | Fecha: / /                  |                             |   |  |   |

Apéndice H

Las siguientes personas tienen licencia profesional o certificado que las exime de los requisitos de capacitación para administrar medicamentos. Las copias de las credenciales de las personas se adjuntan y se enviarán a OCFS.

|                |  |  |   |                         |              |
|----------------|--|--|---|-------------------------|--------------|
| <b>Nombre:</b> |  | <b>Licencia/Certificado (marque una opción):</b> | <input type="checkbox"/> EMT-CC <input type="checkbox"/> EMT-I <input type="checkbox"/> EMT-P <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN<br><input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO |                         |              |
|                | <b>A=Agregar<br/>R=Retirar<br/>C=Cambiar</b> | <b>Fecha de vencimiento de la licencia</b>       | <b>CPR<br/>Fecha de vencimiento</b>   | <b>Iniciales de HCC</b> | <b>Fecha</b> |
| Original       | Agregar                                      | / /  | / /   |                         | / /          |
| Idioma         |  |  |   |                         |              |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |

|                |  |  |   |                         |              |
|----------------|--|--|---|-------------------------|--------------|
| <b>Nombre:</b> |  | <b>Licencia/Certificado (marque una opción):</b> | <input type="checkbox"/> EMT-CC <input type="checkbox"/> EMT-I <input type="checkbox"/> EMT-P <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN<br><input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO |                         |              |
|                | <b>A=Agregar<br/>R=Retirar<br/>C=Cambiar</b> | <b>Fecha de vencimiento de la licencia</b>       | <b>CPR<br/>Fecha de vencimiento</b>   | <b>Iniciales de HCC</b> | <b>Fecha</b> |
| Original       | Agregar                                      | / /  | / /   |                         | / /          |
| Idioma         |  |  |   |                         |              |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |

|                |  |  |   |                         |              |
|----------------|--|--|---|-------------------------|--------------|
| <b>Nombre:</b> |  | <b>Licencia/Certificado (marque una opción):</b> | <input type="checkbox"/> EMT-CC <input type="checkbox"/> EMT-I <input type="checkbox"/> EMT-P <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN<br><input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO |                         |              |
|                | <b>A=Agregar<br/>R=Retirar<br/>C=Cambiar</b> | <b>Fecha de vencimiento de la licencia</b>       | <b>CPR<br/>Fecha de vencimiento</b>   | <b>Iniciales de HCC</b> | <b>Fecha</b> |
| Original       | Agregar                                      | / /  | / /   |                         | / /          |
| Idioma         |  |  |   |                         |              |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |

|                |  |  |   |                         |              |
|----------------|--|--|---|-------------------------|--------------|
| <b>Nombre:</b> |  | <b>Licencia/Certificado (marque una opción):</b> | <input type="checkbox"/> EMT-CC <input type="checkbox"/> EMT-I <input type="checkbox"/> EMT-P <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN<br><input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO |                         |              |
|                | <b>A=Agregar<br/>R=Retirar<br/>C=Cambiar</b> | <b>Fecha de vencimiento de la licencia</b>       | <b>CPR<br/>Fecha de vencimiento</b>   | <b>Iniciales de HCC</b> | <b>Fecha</b> |
| Original       | Agregar                                      | / /  | / /   |                         | / /          |
| Idioma         |  |  |   |                         |              |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |
| Renovación     |  | / /  | / /   |                         | / /          |



## Apéndice J:

### Administración de Autoinyectores de Epinefrina No Específicos a Pacientes

- El programa comprará, adquirirá, poseerá y usará dispositivos de autoinyectores de epinefrina no específicos a un paciente para el tratamiento de emergencias de personas que parezcan experimentar síntomas anafiláxicos.

**El programa está de acuerdo con lo siguiente:**

- El programa designará a uno o más empleados o proveedores de cuidado que han completado la capacitación necesaria para responsabilizarse por el almacenamiento, mantenimiento, control y supervisión general de dispositivos de autoinyectores de epinefrina no específicos a un paciente. El empleado designado o proveedor de cuidado no podrá usar un autoinyector de epinefrina no específico a un paciente en nombre del programa hasta que haya completado exitosamente un curso de capacitación en el uso de autoinyectores de epinefrina conducido por una organización reconocida a nivel nacional con experiencia en la capacitación de laicos en el tratamiento de emergencias de salud o por una entidad o individuo aprobado por el Departamento de Salud, o que haya sido instruido a usar, en un caso específico, autoinyectores de epinefrina por un profesional de la salud autorizado para administrar drogas y quien actúe dentro del ámbito de su práctica. La capacitación requerida debe incluir: (i) cómo reconocer signos y síntomas de reacciones alérgicas graves, incluyendo anafilaxia; (ii) dosis recomendadas para adultos y niños; (iii) normas y procedimientos para el almacenamiento y la administración de un autoinyector de epinefrina; y (iv) procedimientos de seguimiento en emergencias.
- La verificación de que cada empleado designado o proveedor de cuidado haya completado satisfactoriamente la capacitación requerida permanecerá en el lugar y estará disponible a personal de OCFS o sus representantes.
- Al completar y presentar este formulario a OCFS, el programa solicitará una exención de la siguiente regulación con el fin de almacenar dispositivos de autoinyección de epinefrina no específicos a un paciente de acuerdo con la Sección 3000-c de la Ley de Salud Pública de Nueva York.
  - Cuidado de Niños en Edad Escolar: 414.11(g)(7)
  - Hogar de Cuidado Diurno Familiar Grupal: 416.11(g)(7)
  - Hogares de Cuidado Diurno Familiar: 417.11(g)(7)
  - Centros de Cuidado Diurno Infantil: 418-1.11(g)(7)
  - Centros Pequeños de Cuidado Diurno: 418-2.11(g)(7)
- El programa obtendrá una prescripción no específica para un dispositivo autoinyector de epinefrina de un profesional de la salud o farmacéutico que esté autorizado a prescribir un dispositivo de autoinyección de epinefrina.
- El programa obtendrá los siguientes dispositivos autoinyectores de epinefrina. (Marque lo que se aplica):
  - Dosis de adultos (0.3 mg) para personas de 66 libras o más.
  - Dosis pediátrica (0.15 mg) para personas entre 33 y 66 libras.
  - Dosis infantil/niño pequeño (0.1 mg) para personas entre 16.5 y 33 libras.
- Para niños que pesan menos de 16.5 libras, el programa **NO** administrará autoinyectores de epinefrina, y llamará al 911.
- El programa verificará la fecha de vencimiento de los autoinyectores de epinefrina y dispondrá de unidades antes de que expire cada una. ¿Con qué frecuencia comprobará la fecha de caducidad de estas unidades?
  - Cada tres meses
  - Cada seis meses
  - Otro: \_\_\_\_\_
- El programa dispondrá de los autoinyectores de epinefrina expirados en:
  - Una farmacia, un establecimiento de salud, o una oficina de un practicante licenciado.
  - Otro \_\_\_\_\_



- El programa entiende que tiene que almacenar los autoinyectores de epinefrina de acuerdo con lo siguiente:
  - En su tubo protector de transporte de plástico en el que fue suministrado (envase original)
  - En un lugar de fácil acceso en caso de emergencia
  - En un lugar inaccesible a niños
  - A temperatura ambiente entre 68 y 77 grados
  - Fuera de la luz directa del sol
  - En un área limpia
  - Almacenando separadamente de medicamentos específicos para niños
- Las etiquetas del medicamento en stock deben tener la siguiente información en la etiqueta del prospecto.
  - nombre del medicamento
  - razones de uso
  - direcciones de uso, incluyendo la ruta de administración
  - instrucciones de dosificación
  - posibles efectos secundarios y/o reacciones adversas, advertencias o condiciones en las que no es aconsejable administrar el medicamento
- El programa llamará al 911 inmediatamente y solicitará una ambulancia después de que el empleado o proveedor designado administre el autoinyector de epinefrina.
- Un **Registro de Administración de Medicamentos, OCFS-LDSS-7004-S**, será completado después de la administración del autoinyector de epinefrina a cualquier niño en cuidado diurno.
- En el caso de que se administre un autoinyector de epinefrina a un niño que experimente anafilaxia, el programa reportará el incidente inmediatamente a los padres del niño y a la OCFS (oficina regional o del boro o distrito). La siguiente información debe ser reportada:
  - Nombre del dispositivo autoinyector de epinefrina
  - Lugar del incidente
  - Fecha y hora en que se administró el autoinyector de epinefrina
  - Nombre, edad y género del niño (sólo para OCFS)
  - Número y dosis del dispositivo autoinyector de epinefrina administrada
  - Nombre del servicio de ambulancia que transporte al niño
  - Nombre del hospital al que el niño fue transportado

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

ID del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Director o Proveedor (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Director o Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha:    /    /    \_\_\_\_\_

Una vez completado, mantenga este formulario en el sitio o lugar como parte del plan de atención de salud, compártalo con cualquier consultor de salud asociado con el programa y envíe una copia firmada al licenciario de su oficina regional/ oficina del boro o distrito.