

# AUTORIZACION DE MEDICAMENTO



Llene esta forma de autorización completamente. Las familias que tienen más de un niño(a) necesitarán completar una forma de autorización por cada niño(a).

## INFORMACION DEL NIÑO(A)

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Cualquier actividad especial que deba motivarse o que sea limitada de acuerdo a consejos de un médico: \_\_\_\_\_

Restricciones/preocupaciones dietéticas:  No toma/come lácteos  No come huevos  Exigente al comer  
 No come nueces  Otro

Por favor comuníqueme cualquier alergia que el consejero(a) deba saber: \_\_\_\_\_

## VACUNAS

Este niño(a) está al día con todas las vacunas requeridas para la escuela \_\_\_\_\_

Si su niño(a) NO han sido completamente vacunados, por favor firme la declaración: Entiendo y acepto los riesgos a mis hijos

hijos por NO estar completamente vacunados \_\_\_\_\_ (firma del padre/guardián de custodia)

Fecha de última vacuna del Tétano \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (fecha requerida)

Fecha de última examinación física (debe ser dentro de los últimos 24 meses): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Proveedor de seguro médico/del hospital: \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza/grupo: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS TOMADOS

Por favor apunte TODOS los medicamentos (incluyendo drogas/medicamento sin receta) que se toman con rutina. Traiga suficiente medicamento para que dure todo el tiempo en nuestro programa de guardería. Manténgalo en el paquete original que identifica al médico prescriptor (si es un medicamento de receta), el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración. Adjunte páginas adicionales para más medicamentos.

El niño(a) toma medicamentos de rutina  Niño(a) toma medicamentos de rutina durante el año escolar

Por favor complete lo siguiente:

Por la presente solicito que el personal del YMCA administre los medicamentos siguientes:

Este medicamento ha sido recetado a mi hijo(a) por su médico como tratamiento de: \_\_\_\_\_

Este niño(a) toma los medicamentos siguientes: (Por favor adjunte páginas adicionales por más medicamentos)

Medicamento núm. 1 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horas específicas tomas cada día \_\_\_\_\_

Motivo por el que se toma: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Interacciones de comida/otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamento núm. 2 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horas específicas tomas cada día \_\_\_\_\_

Motivo por el que se toma: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Interacciones de comida/otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamento núm. 3 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horas específicas tomas cada día \_\_\_\_\_

Motivo por el que se toma: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Interacciones de comida/otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Le he enseñado al personal apuntado aquí como administrar una EpiPen, inhalador, instrumentos diabéticos, etc. si es que aplica.

Last Name

First Name

Location

# ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO

A manera de asegurar la seguridad de nuestros niños(as), no se debe administrar ni un medicamento a un niño(a) bajo nuestro cuidado excepto cuando son recetados por un médico con licenciatura y/o peticiones escritas a diario del padre/guardián. El YMCA debe retener documentación por escrito de la administración de cada medicamento, incluyendo la hora, la fecha y la dosis. Los padres deben completar esta forma y permiso a DIARIO para poder administrar el medicamento – los padres no pueden firmar por días de anticipación.

Medicamentos recetados deben estar en el contenedor original con la dosis y el nombre del niño(a) en él. Medicamento sin receta debe mantenerse en el paquete original con dosis apropiada anotada en el bote/ la caja. Los padres deben escoger la hora de administración del medicamento y no pueden marcar "como sea necesario." Cualquier dosis adicional debe ser administrada en la cantidad de dosis apropiada escrita en las instrucciones de la etiqueta y con intermedios de tiempo apropiados. Si se requiere un medicamento o un tratamiento solo bajo ciertas circunstancias, esos síntomas o circunstancias necesitan ser escritos por el médico del niño(a) y ser adjuntos con esta forma. No se dará ni un medicamento al niño(a) si la fecha de vencimiento en el bote/caja ya paso. El YMCA debe retener documentación escrita de la administración de cada medicamento, incluyendo la hora, fecha y dosis.

Los padres deben entrenar al personal de procedimientos apropiados para usar Epipens, inhaladores e instrumentos diabéticos u otras formas de medicamento que requieran administración especial. La administración de ciertos medicamentos/procedimientos puede requerir aprobación de nuestra compañía de seguro. Todas las Epipens, los inhaladores, instrumentos diabéticos y medicamentos deben permanecer en una caja bajo llave con las cosas personales del niño(a).

## ALLERGIAS (Apunte todas de las que tenga conocimiento)

Alergias a medicamentos

Describe la reacción y el manejo de dicha reacción

---

---

---

---

Alergias a comidas

---

---

---

---

Otras alergias

---

---

---

---

Autorizo que las siguientes sean administradas (o su medicamento genérico) como sea necesario:

Tylenol     Chloraseptic     Benadryl     Pastillas para la tos     Pepto Bismol

Ibuprofeno     Neosporin     Calamine lotion    Comentarios \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD GENERAL

Entiendo que el YMCA de Centro Kentucky no asume responsabilidad de lesiones, cuales mi hijo(a) o yo podamos sostener como resultado de la condición física de mi hijo(a) o que resulten de la participación de mi hijo(a) en cualquier actividad, programa, ejercicio o el uso de las instalaciones, equipo u otras actividades organizadas o patrocinadas por el YMCA de Centro Kentucky y sus Afiliados. Yo expresivamente reconozco que yo sumo el riesgo de cualquier y toda lesión y enfermedad que puedan resultar. En consideración del privilegio de unirme, o de usar el YMCA, por lo escrito, yo voluntariamente libero a sus servidores y empleados de cualquier y todo reclamo de lesión, muerte, perdida o daño que mi hijo(a) o yo podamos sufrir. Entiendo que el YMCA de Centro Kentucky NO es responsable de propiedad personal que se pierda mientras los miembros y/o participantes del programa estén en o estén usando las instalaciones del YMCA.

## AUTORIZACION DE EMERGENCIA

Por lo escrito doy permiso para el personal médico seleccionado por el director de proveer cuidado de salud de rutina; para administrar medicamentos; para ordenar rayos equis; exámenes de rutina, tratamientos; de liberar/dar de alta registros por cuestiones de seguro; y de proveer y arreglar transportación confiable para mí o para mi hijo(a). En caso de que no se puedan poner en contacto conmigo en una emergencia, por lo escrito doy permiso a que el medico seleccionado por el personal del YMCA que asegure y administre tratamiento incluyendo hospitalización para la persona mencionada arriba.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Padre/Guardián (circule el titulo apropiado)

For reporting purposes, please consider answering the following. This information is confidential and is used for applying for grant opportunities.

Total number of people in the household \_\_\_\_\_

Annual household income:

- Less than \$5,000     \$5,000-\$9,999     \$10,000-\$14,999     \$15,000-\$24,999     \$25,000-\$34,000  
 \$35,000-\$49,999     \$50,000-\$74,999     \$75,000-\$99,000     \$100,000 or more