

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / VERIFICACION PARA DAR UNA MEDICINA POR MEDIO DE UN NEBULIZADOR GUARDERIAS INFANTILES

Se puede usar este formulario para demostrar que se está cumpliendo con lo estipulado en la Sección 1596.798 del Código de Salud y Seguridad antes que una persona con licencia para cuidado de niños o un empleado pueda darle a un niño bajo su cuidado una medicina inhalada. Una copia de este formulario completado se tiene que archivar en el expediente del niño y en el expediente del personal. **Se tiene que completar un formulario por separado para cada una de las personas que le dará al niño una medicina que se inhala.**

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____,
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (USE LETRA DE MOLDE) NOMBRE DE LA PERSONA CON LICENCIA O DEL EMPLEADO (USE LETRA DE MOLDE)

quien trabaja en _____,
NOMBRE Y DIRECCION DE LA GUARDERIA INFANTIL (USE LETRA DE MOLDE)

le dé la medicina inhalada a mi niño(a), _____, y se comunique con el proveedor
NOMBRE DEL NIÑO (USE LETRA DE MOLDE)
 del cuidado de la salud de mi niño.

Además, certifico que yo personalmente le he enseñado a la persona con licencia o al empleado mencionado anteriormente cómo darle la medicina inhalada a mi niño.

También he proporcionado a la guardería infantil las instrucciones escritas del doctor de mi niño, o de un proveedor del cuidado de la salud que trabaja bajo la supervisión del doctor de mi niño (por ejemplo, un asistente de doctor, una enfermera practicante o una enfermera certificada). Estas instrucciones incluyen:

- Circunstancias específicas (tales como síntomas) en las cuales dar la medicina inhalada de acuerdo a la receta del doctor.
- Posibles efectos secundarios y cómo se espera que reaccione a la medicina.
- La cantidad y forma de la dosis que se va a dar de acuerdo a la receta del doctor.
- Lo que se debe hacer en caso de efectos secundarios o reacción en caso de tratamiento incompleto, de acuerdo a la receta del doctor. Esto incluye lo que se debe hacer en caso de una emergencia.
- Instrucciones para el almacenamiento apropiado de la medicina.
- La dirección y número de teléfono del doctor del niño.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

DIRECCION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

NUMERO DE TELEFONO EN EL HOGAR

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO