



YMCA OF THE TRIANGLE

Formulario de distribución de medicamentos

Si su hijo necesitará que le administren medicamentos durante las horas del programa YMCA, por favor lea y complete lo siguiente:

- Por favor complete un formulario de distribución de medicamentos por niño / por año del programa y devuélvalo a la oficina del programa.
- Para aquellos niños que pueden requerir inyecciones, medicamentos que requieren inserción en la cavidad corporal y / o tienen otras necesidades médicas especiales, la YMCA considerará todas las solicitudes de modificaciones razonables a su programa, incluida la reunión con los padres o tutores de dichos niños para discutir dichas modificaciones, y se esforzará por desarrollar un plan mutuamente aceptable diseñado para abordar las circunstancias médicas de cada niño, siempre que la adaptación solicitada no constituya una alteración fundamental de su programa. Para obtener información adicional, consulte el Formulario de información para jóvenes de YMCA y el Manual para padres.
- Los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los remedios homeopáticos y los suplementos nutricionales no se aceptarán a menos que estén acompañados por una receta médica o formen parte del plan de atención médica del niño.
- El protector solar / repelente de insectos (lociones y aerosoles) requiere que se complete un Formulario de distribución de protector solar / repelente de insectos si desea que el personal de la YMCA se los aplique a su hijo. Recomendamos que su hijo traiga protector solar en aerosol y repelente para su uso personal (asegúrese de marcar con nombre y apellido) si prefiere que su hijo se aplique.
- Se requiere que los padres registren la entrada y salida de medicamentos con el personal de liderazgo del programa. Como medida de seguridad, no se le permitirá al niño registrar la entrada ni la salida de medicamentos. Los medicamentos nunca deben estar en posesión del niño a menos que la medicación se dispense en su persona o un médico haya indicado específicamente por escrito que el niño puede autoadministrarse y se cumplen las precauciones de seguridad para el manejo seguro de la medicación. Si un médico ha dado este permiso por escrito, se debe proporcionar una copia a la YMCA.
- El medicamento debe estar en el envase original.
- Es responsabilidad de los padres asegurarse de que el niño tenga la cantidad adecuada de medicamento.
- La cantidad de medicamento será contada y documentada por el personal de liderazgo del programa mientras el padre, madre o tutor esté presente. Tanto el personal de la YMCA como el padre, madre o tutor deberán colocar sus iniciales en la página 3 de este formulario para confirmar la cantidad de medicamento entregada a la YMCA y devuelta al padre, madre o tutor.
- Si el niño va a tomar medicamentos en dos sitios diferentes del programa, los padres deben suministrar medicamentos para ambos sitios y deben completar un formulario de distribución de medicamentos para cada sitio. **Los medicamentos NO se transportarán entre programas.**
- Si, al final del programa, su hijo tiene medicamentos no utilizados, se le notificará que reclame el medicamento dentro de 30 días. Si no se reclama, el medicamento será desechado apropiadamente.
- No se administrará ningún medicamento a ningún niño, ni se permitirá que ningún niño tome ningún medicamento sin un Formulario de distribución de medicamentos completo.
- Los medicamentos no serán transportados cuando los niños viajen entre su escuela y el programa YMCA. La YMCA no tiene acceso a los medicamentos que están en posesión de la administración escolar o del personal de enfermería escolar.

Por favor complete un Formulario de distribución de medicamentos para TODOS LOS MEDICAMENTOS que se administrarán.

Nombre completo del niño _____ Nombre por el que es llamado _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Ubicación de programa _____

¿Hubo alguna necesidad médica / de salud específica enumerada en la inscripción de su hijo? Sí No

De ser así, ¿cuáles fueron? El personal hablará con usted sobre cualquier solicitud de adaptación razonable relacionada con estas necesidades.

Administrado por: Personal de la Y Sí mismo (permiso del médico adjunto)

En caso de emergencia, por favor póngase en contacto con:

Nombre _____ Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

El personal de la YMCA tiene mi permiso para administrar el medicamento anterior a mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

YMCA of the Triangle • Medicamentos y dosis

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Ubicación del programa _____ Fecha _____

	Diagnóstico	Nombre del medicamento	Cantidad de dosis	Cómo administrar	Hora de administrar	Notas
MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex	Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 vial (ampolla)	<input type="checkbox"/> Inhalador con espaciador <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Antes de hacer ejercicio, conforme sea necesario para prevenir síntomas <input type="checkbox"/> Cada 4 horas. Conforme sea necesario para aliviar síntomas <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Alergias Enumere alergias a continuación: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl)	<input type="checkbox"/> 12.5 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> Otro _____	Por vía oral	<input type="checkbox"/> Tras exposición <input type="checkbox"/> Reacción media Describe: _____ _____	
		<input type="checkbox"/> Auto-inyector de epinefrina	<input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	Intramuscular (IM)	<input type="checkbox"/> Tras exposición <input type="checkbox"/> Reacción media Describe: _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diastat Gel <input type="checkbox"/> Valtoco <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> 5.0 mg <input type="checkbox"/> 7.5 mg <input type="checkbox"/> 10.0 mg <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Al momento de convulsión <input type="checkbox"/> Después de 5 minutos <input type="checkbox"/> Después de 10 minutos <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Basqsimi <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> 5.0 mg <input type="checkbox"/> 1.0 mg	<input type="checkbox"/> Subcutáneo (SQ) <input type="checkbox"/> Intramuscular (IM) <input type="checkbox"/> Otro _____	Si el estudiante pierde la conciencia		
MEDICAMENTOS DIARIOS	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro _____ _____				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Conforme sea necesario <input type="checkbox"/> Hora específica: _____	

