

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE
MARYLAND
OFICINA DE CUIDADO INFANTIL
**Trastorno de
convulsiones/convulsiones/epilepsia**
**Formulario de autorización de
administración de medicamentos**

Este formulario debe completarse en su totalidad para que los
proveedores/personal de cuidado infantil administren el
medicamento requerido y sigan el plan. **Esta autorización NO
DEBE EXCEDER 1 AÑO. La página 1 debe ser completada por el
proveedor de atención médica autorizado.**

**PARA MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES/EPILEPSIA
SOLAMENTE – ESTE FORMULARIO SE UTILIZA SIN OCC 1216**

Coloque la foto del niño aquí (opcional)

NOMBRE DEL NIÑO: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha del plan: _____

Historial médico/de salud importante:

Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia:

Alergias:

Información sobre el cuidado de las convulsiones

Tipo de convulsión	Longitud (duración)	Frecuencia	Descripción

Protocolo de emergencia para convulsiones: Cómo responder a una convulsión (marque todo lo que corresponda)

☐ Primeros auxilios – Quédese. Seguro. Lado (consulte el documento de recursos “Guía de primeros auxilios para las convulsiones”)

☐ Llame al 911 para transporte a _____ ☐ Notificar a los padres o al
contacto de emergencia ☐ Notificar al proveedor de atención médica

☐ Otro _____ ☐ Administre los medicamentos de emergencia como se indica a continuación:

Nombre y concentración del medicamento	Dosis	Ruta/Método	Tiempo y frecuencia	instrucciones especiales

Cuidados después de una convulsión: ¿Es necesario que el niño abandone el aula después de una convulsión? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de ayuda se necesita? (describir)

¿Cuándo puede el niño regresar al cuidado/reanudar su actividad habitual?

Consideraciones y precauciones especiales (respecto a actividades, deportes, viajes, etc.)

NOMBRE/TÍTULO DEL PRESCRIPTOR		Colocar sello aquí
TELÉFONO	FAX	
DIRECCIÓN		
FIRMA DEL PRESCRIPTOR (sólo firma original o sello de firma) FECHA (dd/mm/aaaa)		

OCC 1216C Revisado en SEPTIEMBRE de 2022: todas las ediciones anteriores están obsoletas Página 1 de 2

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND

OFICINA DE CUIDADO INFANTIL

Trastorno de convulsiones/convulsiones/epilepsia

Formulario de autorización de administración de medicamentos

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR

Autorizo al personal de cuidado infantil a administrar el medicamento según lo prescrito anteriormente. Certifico que tengo la autoridad legal para dar consentimiento para el tratamiento médico del niño mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos en el centro. Entiendo que al final del período autorizado una persona autorizada deberá recoger el medicamento; de lo contrario, será descartado. Autorizo al personal de cuidado infantil y al prescriptor autorizado indicado en este formulario a comunicarse de conformidad con HIPAA.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR		FECHA (dd/mm/aaaa)	PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER MEDICAMENTOS
TELÉFONO MÓVIL #		TELÉFONO DE CASA #	TELÉFONO DEL TRABAJO #
Emergencia Contacto(s)	Nombre/Relación		Número de teléfono que se utilizará en caso de emergencia
Padre/Tutor 1			

Padre/Tutor 2		
Emergencia 1		
Emergencia 2		

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE CUIDADO INFANTIL

Cuidado de los niños	
1. Se recibió el medicamento mencionado anteriormente. Fecha de caducidad _____ Sí No	
Responsabilidades:	
2. Medicamentos etiquetados según lo exige la COMAR Sí No	
3. Formulario de emergencia OCC 1214 actualizado Sí No	
4. OCC 1215 Inventario de Salud actualizado Sí No	
5. El personal ha recibido capacitación adicional para administrar el medicamento. Sí No N / A	
En caso afirmativo: Nombre y cargo del capacitador _____	
Fecha _____	
6. El personal aprobado para administrar medicamentos está disponible en el sitio, excursiones Sí No	
7. Plan de dieta/ejercicio modificado Sí No N / A	
8. Plan de atención/tratamiento individualizado: médico/conductual/IEP/IFSP Sí No N / A	
Revisado por (nombre y firma en letra de imprenta):	FECHA (mm/dd/aaaa)

DOCUMENTAR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS AQUÍ

FECH A	TIEMPO	MEDICAMENTO	DOSIS	ruta	RAZÓN POR LA QUE SE DIO EL MEDICAMENTO	FIRMA