

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA
Cuidado Infantil de Niños en Edad Escolar

NOMBRE DEL PROGRAMA:	
NÚMERO DE 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

Índice

Número de sección	Título	Número de página
Sección 1:	Salud de los niños y vacunas	3
	Criterios clave de exclusión de los niños enfermos	3
Sección 2:	Niños con necesidades especiales de atención médica	5
Sección 3:	Revisiones diarias de la salud	6
Sección 4:	Políticas de salud del personal	8
Sección 5:	Procedimientos para el control de infecciones	8
Sección 6:	Procedimientos de emergencia	9
Sección 7:	Kit de primeros auxilios	10
Sección 8:	Decisión del programa respecto a la administración de medicamentos	12
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/o autoinyectores de epinefrina difenhidramina combinados con el autoinyector de epinefrina, los inhaladores para asma y los nebulizadores	13
Sección 10:	Declaración de confidencialidad	16
Sección 11:	Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA)	16
Sección 12:	Declaración del registrante	16
Sección 13:	Para los programas que ADMINISTRARÁN medicamentos	17
Sección 14:	Personal autorizado para administrar medicamentos	17
Sección 15:	Formularios y documentos relacionados con la administración de medicamentos	18
Sección 16:	Suministro, manipulación, almacenamiento y eliminación de medicamentos	20
	Sustancias controladas	21
	Medicamentos vencidos	21
	Eliminación de medicamentos	21
Sección 17:	Errores de medicamentos	22
Sección 18:	Información y declaración del asesor de atención médica	23
Sección 19:	Declaración de confidencialidad	24
Sección 20:	Declaración de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para los programas	25
Sección 21:	Declaración del registrante	25
Sección 22:	Capacitación	26
Apéndice A	Instrucciones para la revisión diaria de la salud	27
Apéndice B:	Lavado de manos	28
Apéndice D	Precauciones de seguridad relacionadas con la sangre	29
Apéndice E:	Limpieza, lavado y desinfección	30
Apéndice F:	Uso de guantes	32
Apéndice G:	Emergencia médica	33
Apéndice H:	Administradores capacitados de medicamentos	34
Apéndice I:	Modificaciones	37
Apéndice J:	Administración de autoinyectores de epinefrina no específica a un paciente	38

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; ⚠
- 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; ⚠
- Fiebre:
 - Una temperatura superior a 101 °F [38.3 °C] por vía oral o 100°F [37.8 °C] o superior axilar (debajo del brazo) o una medida por un método equivalente Y acompañada de cambio de comportamiento u otros signos o síntomas (por ejemplo: dolor de garganta, erupción, vómitos, diarrea, dificultad al respirar o tos). ⚠

(los criterios de exclusión continúan en la siguiente página)

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

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

- Diarrea:
 - Si la diarrea está causando pantalones o ropa manchada. [^]
 - 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. [^]
- Vomitar 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 u 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.^a Edición.

INICIALES DEL REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde)	FECHA / /
---------------------------	--------------	--	--------------

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 Cuidado de la Salud para un Niño con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud**
- Otro: *(Por favor 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, 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

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: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

Los encargados del cuidado deben estar familiarizados con los signos y síntomas de enfermedad, enfermedades contagiosas y lesiones, así como con los criterios de exclusión que se enumeran en el plan de atención médica de la **Sección 1**.

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: http://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-389_instructions.pdf

Se debe vigilar 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 del 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, enfermedades contagiosas, lesión y/o sospechas de abuso y maltrato que se detecten y se mantendrán 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

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 denunciadores obligados que tengan causas razonables para sospechar que un niño que esté recibiendo cuidado es víctima de abuso o maltrato debe tomar las siguientes medidas:

- 1) Inmediatamente elaborar o hacer que se elabore una denuncia verbal a **la línea directa del denunciante obligado. (1-800-635-1522).**
- 2) Presente 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 hacer el informe inicial, la persona encargada del informe debe notificar inmediatamente al director o registrante del centro de que se hizo un informe o una denuncia.
- 4) El programa debe notificar de inmediato 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 el niño estaba siendo transportado por el programa.
- 5) Procedimientos adicionales (*si hay*):

Explique aquí:

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

Sección 4: Políticas de salud del personal

El programa funcionará en cumplimiento con todos los requisitos médicos incluidos en 414.11(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)

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

Sección 6: Procedimientos de emergencia

Si el niño tiene una emergencia médica, el programa debe obtener tratamiento médico de emergencia sin demora llamando al 911.

El director y todos los profesores deben tener conocimiento y acceso a 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** (Tarjeta Azul)
- Otro: *(Por favor 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 caso de emergencia médica, el programa seguirá: **(Marque una opción; DEBE seleccionar por lo menos una).**

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

Procedimientos de emergencia adicionales *(si son necesarios)*:

Explique aquí:

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

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 en un kit de primeros auxilios, pero no se limitan a:

- 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:

Los encargados del cuidado deben 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

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 las regulaciones 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®, AUVI-Q): *(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 las regulaciones 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

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.* **(Llene las secciones 9-12, 22).**
- El programa **ADMINISTRARÁ** suministros de autoinyectores de epinefrina no específicos a pacientes. **(Llene la Sección 16 y 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/o 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde)	FECHA / /
---------------------------	--------------	--	--------------

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/o 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 adecuadamente.

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 *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*
- Otro:

Explique aquí:

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

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).**

- Aplicar los TO/S/R de venta libre que suministren los padres para su hijo.
- Mantener un suministro de TO/S/R de venta libre que esté disponible para su uso en niños cuyos padres hayan dado su consentimiento.

Incluyen 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:

- o Es obligatorio el lavado de manos antes y después de aplicar los TO/S/R.
- o Se debe tener cuidado de extraer los TO/S/R de la botella o del tubo sin tocar el dispensador.
- o 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)*.
- o Se usarán guantes cuando sea necesario.
- o 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.

Describir 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 REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) <i>(si corresponde)</i>	FECHA / /
---------------------------	--------------	---	--------------

Autoinyectores de epinefrina, difenhidramina en combinación con el autoinyector, inhaladores para asma y nebulizadores específica a pacientes

Los encargados del cuidado que **NO** están autorizados para administrar medicamentos pueden administrar atención de emergencia por medio del uso de dispositivos autoinyectores de epinefrina, difenhidramina cuando esté recetada en combinación con el autoinyector de epinefrina, inhalador para asma y nebulizador para asma cuando sea necesario para prevenir la anafilaxis o dificultad para respirar de un niño en particular pero solo 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 Cuidado de la Salud para un Niño con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud debe presentarse por escrito**. El formulario **OCFS-LDSS-7006-S** puede ser utilizado 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**, para niños con alergias conocidas, y la información del niño en **Registro de Cuidado Diurno, OCFS-LDSS-0792-S** (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 y el medicamento para el asma o nebulizador debe estar presente durante todo el horario en que esté bajo cuidado el niño 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 proveedor de cuidado 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, el inhalador para asma y el nebulizador para asma se debe estar de acuerdo con todas las regulaciones correspondientes.

Explique en dónde se almacenarán:

INICIALES DEL REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde)	FECHA / /
---------------------------	--------------	--	--------------

Exención de los niños de 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, un niño de 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 por escrito de los padres 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 de edad escolar lleve un inhalador o un autoinyector.

Las **secciones 10-12** se deben completar SOLO 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 registrante

Es responsabilidad del programa seguir el plan de atención médica y todas las regulaciones de cuidado infantil.

La OCFS debe revisar y aprobar el plan de atención médica como parte del proceso del registro. 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.

El plan de atención médica del programa se proporcionará 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.

La política de anafilaxis será revisada anualmente, y los padres serán notificados sobre la política en el proceso de admisión y anualmente después de esto.

Nombre del programa de cuidado diurno (en letra de molde):		Número de registro:	
Firma autorizada:	Nombre autorizado (en letra de molde):	Fecha:	/ /

INICIALES DEL REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde)	FECHA / /
---------------------------	--------------	--	--------------

Solo 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 específica al paciente*).

El programa administrará medicamentos de conformidad con las regulaciones de la OCFS para el cuidado diurno infantil. Solo 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/o medicamentos de emergencia – autoinyectores de epinefrina 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 dispositivos autoinyectores específicos a pacientes.

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

Cualquier individuo listado en el **Apéndice H** que esté capacitado en la administración de autoinyectores de epinefrina almacenados no específicos a pacientes solo puede administrar este medicamento si cumple 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 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 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 solo pueden administrar medicamentos cuando las etiquetas, los prospectos, las instrucciones y todos los materiales relacionados estén escritos en el idioma que entienden los administradores de medicamentos.

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

INICIALES DEL REGISTRANTE	FECHA / /	INICIALES DEL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC) (si corresponde)	FECHA / /
---------------------------	--------------	--	--------------

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
- Otros:

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 medicamentos esté completa.
- Otros: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

Los formularios de consentimiento para la continua administración de medicamentos se deben renovar según las regulaciones. ¿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**
- Otros: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

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

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 la 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 verbalmente cuando los padres no pueden 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 solo en la medida en que lo permitan las regulaciones de la OCFS.

(Solo 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 debe 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 Administración de Registro, OCFS-LDSS-7003-S**
- Otros: *(Por favor adjunte el formulario desarrollado por el programa).*

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

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 una; 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).

Medicamentos autoinyectores de epinefrina no específicos a un niño: **(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 solo para medicamentos ubicado en: _____
- En un refrigerador, en un recipiente hermético, lejos del alcance de los niños.

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

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 Federal de Control de Drogas. 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 con receta médica 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 de acuerdo con lo estipulado en el **Apéndice J**.

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

Sección 17: Errores de medicamentos

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-LDSS-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 ponga 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 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** 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:

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

Sección 18: Información y declaración del asesor de atención médica

La Sección 18 la debe llenar el asesor de atención médica si el programa administra medicamentos.

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

Nombre del HCC (escriba claramente en letra de molde):		
Profesión: (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) Marque todas las opciones que corresponda; DEBE seleccionar por lo menos una.	<input type="checkbox"/> Médico	Número de Licencia: Fecha de Vencimiento:
	<input type="checkbox"/> Asistente médico	Número de Licencia: Fecha de Vencimiento:
	<input type="checkbox"/> Enfermero con práctica médica	Número de Licencia: Fecha de Vencimiento:
	<input type="checkbox"/> Enfermero registrado	Número de Licencia: 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 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 las regulaciones de cuidado diurno de la OCFS (*capacitación en MAT, CPR adecuado para la edad y primeros auxilios*).

Otros:

Explique aquí:

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

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

En el caso de los programas que ofrecen administración de medicamentos, 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.
- 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 ésta 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.

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

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 necesita medicamentos regulares o de emergencia, el programa seguirá los pasos necesarios para obtener la aprobación para administrar medicamentos.

Sección 21: Declaración del registrante

Es responsabilidad del programa seguir el plan de atención médica y todas las regulaciones 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.

Como se indica en la **Sección 18**, el programa contará con un asesor de atención médica (HCC) de registro que revisará y aprobará anualmente 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 o a la OCFS de todos los miembros nuevos del personal aprobado para administrar medicamentos y hará que el asesor de atención médica revise y apruebe sus certificados antes de permitir a la persona administrar medicamentos a los niños bajo cuidado.

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 registración. 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. 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.

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 registro:
Firma autorizada:	Nombre autorizado <i>(en letra de molde)</i> :	Fecha: / /

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

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

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. 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:
 1. ¿Cómo parece que el niño se siente o actúa en casa?
 2. ¿Duerme normalmente?
 3. ¿Come/bebe normalmente? ¿Cuándo fue la última vez que el niño comió o bebió algo?
 4. ¿Algún evento inusual?
 5. ¿Heces y orina normales? ¿Cuándo fue la última vez que el niño usó el baño o lo cambiaron?
 6. ¿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: 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.

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. Se debe limpiar y desinfectar las superficies de muebles, mesas y superficies de preparación de alimentos (*incluyendo tablas de picar*) antes y después de preparar la comida y comer.
4. Los baños se deben mantener limpios en todo momento y deben tener papel higiénico, jabón y toallas al alcance de los niños.
5. 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.
6. 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 $\frac{1}{2}$ **cucharadita de cloro en 1 cuarto de litro de agua** hasta que brille.
4. Dejar estar por dos minutos.
5. Limpiar con una toalla de papel o deje 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 1 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 llevan a la boca:

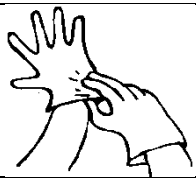
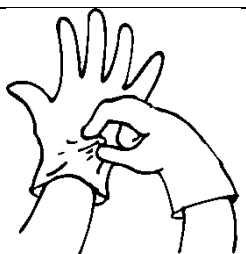
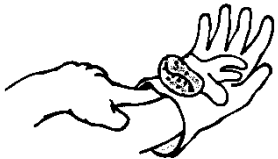
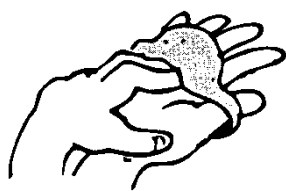
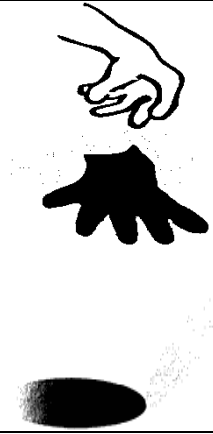
1. Lavar los juguetes en agua jabonosa tibia, usando un cepillo para limpiar las hendiduras y los lugares difíciles de alcanzar.
2. Enjuagar con agua corriente hasta que el agua esté clara.
3. Colocar los juguetes en la solución de **1 cucharadita de cloro en 1 galón de agua**.
4. Remojar durante cinco 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: **$\frac{1}{2}$ 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 1 galón de agua**

Apéndice F:
Uso de guantes

RETIRO	
1. Lavarse las manos.	
2. Póngase un par de guantes limpios. No vuelva a usar los guantes.	
ELIMINACION Y DESECHO	
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 solo 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 solo 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.	

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*), 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 capacitados de medicamentos

Número de 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 personal listado como administrador de medicamentos o administrador de medicamentos de emergencia específicos a pacientes debe tener certificados de primeros auxilios y CPR que cubran las edades de los niños bajo cuidado. La documentación de los certificados de primeros auxilios y CPR adecuados para la edad se mantendrá en el sitio y estará disponibles a solicitud.

Use el cuadro a continuación para identificar al personal capacitado para administrar medicamentos de emergencia específicos a pacientes y medicamentos no específicos a pacientes y/o medicamentos prescritos para pacientes 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 R=Retirar C=Cambiar	Fecha de vencimiento de MAT	Fecha de vencimiento de CPR	Fecha de vencimiento de Primeros Auxilios	Fecha de EMAO *Específica al paciente	Fecha de Suministro Autoinyectores de epinefrina *No específicos a pacientes
Original	Agregar					
Idioma		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Renovación		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Renovación		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Renovación		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Iniciales de HCC		Fecha: / /				

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

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

Apéndice H

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

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

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

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

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 la Oficina.

Apéndice H

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

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

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

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

Número de CCFS:	
-----------------	--

Apéndice I: Modificaciones

Utilice esta sección para registrar la fecha y el número de las páginas de todas las modificaciones hechas al plan de atención médica original. Cuando haya realizado una modificación (*cambio, adición o eliminación*) al plan original de atención médica, registre la fecha en que se hizo el cambio y después anote el número de las páginas afectadas por el cambio y envíelo a la OCFS.

FECHA DE MODIFICACIÓN	PÁGINA(S)	INICIALES DEL HCC
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

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.
- Cada empleado designado o proveedor de cuidado será registrado en el **Apéndice H** y actualizado según sea necesario.
- El programa obtendrá una prescripción no específica a un paciente 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: _____
- Especifique el nombre y el título del personal responsable por inspeccionar las unidades:
- 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 Fahrenheit
 - Fuera de la luz directa del sol
 - En un área limpia
 - Almacenando separadamente del medicamento específico para niños
- Especifique el lugar donde los dispositivos se guardarán:
- 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 (solo 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 a su oficina regional/licenciataria o registrante de la oficina regional/oficina del boro o distrito.