

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND
OFICINA DE CUIDADO INFANTIL

Formulario de autorización de administración de medicamentos anticonvulsivos

Nombre del centro de cuidado infantil _____

Este formulario autoriza la atención de emergencia de las convulsiones de _____

(Nombre del niño)

_____ M F mientras asiste al centro de cuidado infantil arriba mencionado durante
(Fecha de nacimiento)

las horas de cuidado infantil. Este formulario debe ser completado por el médico del niño y firmado por el
médico y el padre o la madre.

Médico tratante _____ Teléfono: _____

Teléfono fuera de horario: _____

Historial médico de interés:

Información sobre la atención de las convulsiones

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

Factores desencadenantes o
señales de advertencia de las convulsiones: _____

Protocolo de emergencia de convulsiones (Marque todo lo que corresponda y aclare a continuación)

Llamar al 911 para el transporte a _____ Notificar al padre/madre
o al contacto de emergencia

Notificar al médico tratante _____ Otro _____

Administrar los medicamentos de emergencia como se indica a continuación:

Medicamentos de emergencia	Dosis	Hora	Ruta/método	Efectos secundarios	Instrucciones especiales

¿El niño necesita salir del aula después de una convulsión? Sí No Si es así, describa el proceso para que
el niño vuelva al aula: _____

Consideraciones y precauciones especiales (en relación con actividades, deportes, viajes, etc.): _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Información y autorización de los padres: Los medicamentos deben estar en el envase original y etiquetados con el nombre del niño, el nombre del medicamento, las instrucciones de administración del medicamento y la fecha de la receta. Solicito que se administre la medicación a mi hijo como se describe y se indica más arriba y doy fe de que he administrado al menos una dosis de la medicación a mi hijo sin efectos adversos. Estoy de acuerdo en revisar las instrucciones especiales y demostrar el procedimiento de administración de medicamentos al proveedor de cuidado infantil. Entiendo el riesgo y autorizo la administración de la medicación de emergencia para las convulsiones a mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

OCC 1216A (8/20/15)