



YMCA OF THE TRIANGLE

Formulario de distribución de medicamentos

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

- Por favor complete un formulario de distribución de medicamentos por niño / por año del programa y regréselo a la oficina del programa.
- Para aquellos niños que pueden requerir inyecciones, medicamentos que requieren inserción en la cavidad corporal y / o tienen otras necesidades médicas especiales, la YMCA considerará todas las solicitudes de modificaciones razonables a su programa, incluida la reunión con los padres o tutores de dichos niños para discutir dichas modificaciones, y se esforzará por desarrollar un plan mutuamente aceptable diseñado para abordar las circunstancias médicas de cada niño, siempre que la adaptación solicitada no constituya una alteración fundamental de su programa. Para obtener información adicional, consulte el formulario de información para jóvenes de YMCA y el manual para padres.
- Los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los remedios homeopáticos y los suplementos nutricionales no se aceptarán a menos que estén programados para su administración diaria y acompañen a la prescripción de un médico.
- El protector solar / repelente de insectos (lociones y aerosoles) requiere que se complete un formulario de distribución de protector solar / repelente de insectos si desea que la Y se lo aplique a su hijo. Recomendamos que su hijo traiga protector solar en aerosol y repelente para su uso personal (asegúrese de marcar con nombre y apellido) si prefiere que su hijo se aplique.
- Se requiere que los padres traigan medicamentos a la oficina del programa. Como medida de seguridad, no se le permitirá al niño traer o llevar medicamentos a casa. Los medicamentos nunca deben estar en posesión del niño a menos que la medicación se dispense en su persona o un médico haya indicado específicamente por escrito que el niño puede autoadministrarse y se cumplen las precauciones de seguridad para el manejo seguro de la medicación. Si un médico ha dado este permiso por escrito, se debe proporcionar una copia a la YMCA.
- El medicamento debe estar en el envase original.
- Es responsabilidad de los padres asegurarse de que el niño tenga la cantidad adecuada de medicamento.
- Si el niño va a tomar medicamentos en dos sitios diferentes del programa, los padres deben suministrar medicamentos para ambos sitios y deben completar un formulario de distribución de medicamentos para cada sitio. Los medicamentos NO se transportarán entre programas.
- Si, al final del programa, su hijo tiene medicamentos no utilizados, se le notificará que reclame el medicamento dentro de 30 días. Si no se reclama, el medicamento se llevará a un centro de entrega de medicamentos en una farmacia u hospital local.
- No se administrará ningún medicamento a ningún niño, ni se permitirá que ningún niño tome ningún medicamento sin un formulario de distribución de medicamentos completo.
- Los medicamentos no serán transportados cuando los niños viajen entre su escuela y el programa YMCA.

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

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

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Su YMCA _____

¿Hay alguna necesidad médica / de salud específica que debamos tener en cuenta? _____

Si es así, ¿hay alguna modificación razonable que nos solicite que consideremos a la luz de estas necesidades médicas/de salud? _____

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

Instrucciones especiales o más específicas (hora) _____

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

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

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

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

YMCA of the Triangle • Medicamentos y dosis

Nombre del niño _____ Programa _____ Fecha _____

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



YMCA OF THE TRIANGLE

Formulario de protector solar/ Repelente contra insectos

Si su hijo(a) necesita que el personal de YMCA aplique protector solar/repelente contra insectos durante el horario del programa, por favor lea y complete lo siguiente:

- Los padres necesitan traer el protector solar / repelente contra insectos a la oficina del programa. Como precaución de seguridad, el niño no tendrá permitido traer o llevarse el protector solar / repelente contra insectos.
- El protector solar / repelente contra insectos deberá estar en el contenedor original y etiquetado con las iniciales del niño, nombre y apellido.
- Es la responsabilidad de los padres asegurarse de que el niño tenga la cantidad apropiada de protector solar / repelente contra insectos.
- Si el niño se llevará el protector solar / repelente contra insectos en dos programas diferentes, los padres deberán suministrar estos para ambos sitios y deberá llenar un formulario por cada sitio. **El protector solar y repelente no se transportarán entre programas.**
- Si al finalizar del programa, su hijo no ha utilizado todo el protector solar / repelente, se le notificará para que pueda relamarle dentro de 30 días. Si no reclama, el repelente y protector solar serán desechados.
- **El protector solar / repelente contra insectos (lociones y rociadores) requieren que se complete un Formulario de distribución** si desea que el Y lo aplique en su niño(a). Le recomendamos que su niño(a) traiga protector solar y repelente en spray para su uso personal (asegúrese de marcarle con su nombre y apellido) si prefiere que su hijo se aplique el protector / repelente.

Permiso para administrar protector solar y repelente contra insectos

Autorización deberá brindarse para que el personal aplique el protector solar y repelentes contra insectos.

El artículo deberá ser provisto en su contenedor original y etiquetarse con claridad con las iniciales del nombre del niño. El personal mantendrá los artículos fuera del alcance de niños cuando no se esté utilizando.

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

Nombre del Protector Solar/ Repelente contra Insectos _____

De ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____ Permiso se puede brindar por hasta un año

Aplique en: Toda piel expuesta Únicamente cara Otro (especifique) _____
(NO PODEMOS ACEPTAR "CONFORME SEA NECESARIO")

When: Antes de nadar Después de nadar Otro (especifique) _____

Autorizo al personal del YMCA a aplicar protector solar / repelente contra insectos mencionado con anterioridad, como se ha especificado.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____