



Medication Administration Form

Kidango will administer medication to children for whom a plan has been made and approved by the classroom Master Teacher or Center Director. Whenever possible, the parent/guardian should consult with his/her child's health care provider to arrange a dose schedule that does not involve the hours the child is at Kidango. Any parent/guardian may come to the classroom and administer medication to his/her own child during the day.

All Medication at Kidango:

1. Requires the parent/guardian to complete and sign this Medication Administration Form.
2. Must be in the original, child-proof container and labeled with child's name.

Prescription Medication:

1. Is administered according to the pharmacy label directions as prescribed by the child's health care provider. Container must have pharmacy label noting child's name and instructions.
2. May be authorized for one calendar month at a time. Parent/legal guardian must complete Medication Administration Form each calendar month.
3. Containers will be stored out of reach of children in a locked cabinet.
4. Unused medication will be returned to parent/legal guardian when authorized term is completed.

Non-Prescription ("Over the Counter") Medication:

1. May be used without health care provider's approval or written instructions but will be administered sparingly (for example, ointment to treat diaper rash or medication to reduce a high fever temporarily).
2. Will only be administered according to the directions on the label, unless we receive written authorization and instructions from the child's health care provider. Must be in original, labeled container.

Authorization for Medication Administration
--

I hereby authorize designated agents of Kidango _____ Center to administer the following medication to my child, _____.
I further agree to indemnify and hold harmless this center, their agents and servants against all claims as a result of any and all actions performed under this authority.

Child's Health Care Provider: _____ Telephone: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____ Telephone: _____

Name of medication: _____

Duration of administration: _____

Method of administration: _____

Parent/Legal Guardian signature: _____ Today's Date: _____

Monthly Medication Record will be completed by person administering medication

Formulario para la Administración de Medicamentos

Kidango administrará medicamentos a los niños a los que se les ha diseñado un plan aprobado por el Maestro/a Jefe o el Director/a del Centro. Siempre que sea posible, el padre, madre o tutor legal debe consultar con el proveedor de atención de la salud de su hijo o hija para establecer un horario de administración del medicamento fuera del horario de Kidango. Todo padre, madre o tutor legal puede venir a la clase y administrar el medicamento a su hijo o hija durante el día.

Requisitos para todo medicamento administrado en Kidango:

3. Que el padre, madre o tutor legal llenen y firmen este Formulario para la Administración de Medicamentos.
4. Debe estar guardado en el envase original a prueba de niños (no pueden abrirlo) y tener la etiqueta con el nombre del niño.

Los medicamentos con receta médica:

5. Se administran según las indicaciones de la etiqueta de la farmacia, según lo recomendado por el proveedor de atención de la salud del niño.
6. Su administración debe ser autorizada cada mes del año. El padre, madre o tutor legal debe llenar el Formulario para la Administración de Medicamentos cada mes del año.
7. Los envases se guardarán fuera del alcance de los niños en un armario cerrado con llave.
8. Se devolverán al padre, madre o tutor legal cuando acabe el periodo autorizado de administración del medicamento.

Los medicamentos de venta sin receta médica:

3. Pueden usarse sin la aprobación o las indicaciones escritas del proveedor de atención de la salud, pero se administrarán con moderación (por ejemplo, la crema para el salpullido causado por el roce del pañal o el medicamento para bajar temporalmente la fiebre alta).
4. Sólo se administrarán siguiendo las indicaciones de la etiqueta, a no ser que recibamos las indicaciones y la autorización por escrito del proveedor de atención de la salud del niño.

Autorización para la Administración del Medicamento

Por la presente autorizo a los representantes designados del Centro _____ de Kidango para administrar el siguiente medicamento a mi hijo o hija, _____. Además, acepto indemnizar y librar de responsabilidad a este centro, sus representantes y sus empleados, ante toda reclamación presentada como resultado de cualquiera, o todas, las acciones realizadas bajo esta autorización.

Proveedor de atención de la salud del niño/a: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal: _____ Teléfono: _____

Nombre del medicamento: _____

Duración de la administración: _____

Método de administración: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha de hoy: _____

La persona que administra el medicamento llenará un Informe Mensual de Medicamentos.