Departamento de Servicios Infantiles
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FORMULARIO
CS-0630
Registro de medicamentos del hogar adoptivo

El registro de medicamentos del hogar adoptivo es un formulario para que usted mantenga un registro de los medicamentos que toma su hijo. Debe llevar este formulario a cualquier cita médica, y también debe compartir y revisar este formulario cuando su Trabajador de Servicios Familiares (FSW) visite su casa.

Página 1 Primer bloque
Medicamentos recetados

1. En el primer cuadro, ingrese los nombres de los medicamentos recetados, la dosis y la hora del día en que el medicamento se debe tomar. Escriba el nombre del proveedor que receta, y la fecha/hora de la próxima cita con el proveedor que receta. UN MEDICAMENTO POR LÍNEA.
2. Si su hijo está tomando medicamentos psicotrópicos, un *Formulario de consentimiento informado CS-0627* debe ser llenado y firmado por el padre biológico/tutor o una enfermera del DCS, o el joven si tiene 16 años de edad o más. Marque la casilla Sí, si tiene el consentimiento de todos los medicamentos psicotrópicos. Si no tiene un consentimiento, pero su hijo está tomando medicamentos psicotrópicos, comuníquese con su FSW y/o una enfermera del DCS lo antes posible. Si el medicamento NO es un medicamento psicotrópico, marque la casilla N/A.
3. Si nota que su hijo está teniendo efectos secundarios o problemas que pueden estar asociados con al medicamento recetado, escríbalos bajo “Efecto secundario observado”. Los efectos secundarios son problemas que se producen cuando el tratamiento va más allá del efecto deseado, o problemas que se producen además del efecto terapéutico deseado. Incluso si usted no está seguro, haga una lista de los problemas.
4. Haga una lista de los buenos efectos que observa como resultado de los medicamentos bajo “Cualquier cambio o mejora observados”.
5. Escriba cualquier pregunta que pueda tener para el proveedor en la próxima cita. Por lo general, es difícil recordar las preguntas cuando está en una cita, así que escribirlas le ayudará a usted y al proveedor a saber cómo el medicamento está afectando al niño.
6. Escriba los números de teléfono de contacto de los proveedores que recetan en la última línea del bloque, así los tiene a la mano si necesita llamar con alguna pregunta o asunto urgente que pueda estar ocurriendo.

Segundo bloque
Dosis omitidas o rechazadas

1. Escriba en esta sección cualquier momento en que no se ha tomado un medicamento o si el niño se niega a tomar el medicamento. Escriba el nombre del medicamento, la fecha/hora en que no se tomó y la razón por la que no se tomó.

2. En los cuadros etiquetadas Sí/No, marque si se comunicó con el proveedor que receta para informarle que el medicamento no se tomó, así como la fecha de la notificación.

   La política del DCS recomienda llamar al proveedor que receta si el niño se niega a tomar un medicamento recetado la primera vez. Si el niño se niega a tomar un medicamento durante 48 horas, debe notificar al proveedor que receta para obtener instrucciones sobre cómo proceder con el medicamento.

   Si el niño está tomando medicamentos psicotrópicos, puede ser muy peligroso que el medicamento se detenga abruptamente. Tal vez desee preguntar al proveedor que receta si quiere ser notificado cuando el medicamento se rechace por primera vez o si puede notificarlo después de que el niño se ha negado a tomar el medicamento durante 48 horas.

   Las instrucciones que reciba del proveedor que receta se pueden registrar en la página 2, en la parte inferior bajo “Información adicional”.

Página 2
Contabilización semanal de medicamentos

1. Los medicamentos recetados deben contarse todas las semanas. Registre la fecha, el medicamento y la cantidad/número de pastillas que quedan en el envase. Registre el número de resurtidos de la receta y en qué fecha necesita obtener un resurtido. Si se suspende el medicamento, ya sea debido a que el proveedor que receta lo interrumpe o a que el niño debía tomar el medicamento solo por un número específico de días, registre esa fecha en la línea de “Fecha de finalización”.
2. Escriba cualquier nota u otras instrucciones en la parte inferior de la página bajo “Información adicional”.

Página 3 Primer bloque
Medicamentos recetados administrados según sea necesario (PRN)

1. A veces, un medicamento se puede recetar para tomarse solo bajo ciertas circunstancias o según sea necesario por el niño.
2. *Si se receta un medicamento ***psicotrópico*** para su hijo que debe tomarse “cuando sea necesario”, primero debe haber un Consentimiento Informado firmado. Si el medicamento psicotrópico es un medicamento para la ansiedad, el sueño, la sedación o para episodios psicóticos (cuando el niño está fuera de contacto con la realidad), se debe firmar otro consentimiento especial llamado formulario de *Solicitud de aprobación previa de medicamento psicotrópico PRN, CS-0628*. Consulte con su enfermera del DCS para obtener ayuda en la determinación de si se necesita la aprobación previa y cómo obtener la revisión del formulario de Aprobación Previa. Los medicamentos psicotrópicos prescritos de forma PRN solo se permitirán para tratar la condición psiquiátrica de un niño y no para el control de la conducta, la disciplina, la coerción o por conveniencia del cuidador. En la mayoría de los casos, un medicamento psicotrópico PRN se debe administrar por un máximo de 14 a 30 días.
3. Si tiene una receta para un medicamento PRN, anote el nombre del medicamento en el formulario, la dosis recetada, en qué circunstancias debe administrar el medicamento y el

nombre del proveedor que receta. En la última sección, marque Sí o No respecto a si era necesaria/se obtuvo la aprobación previa del DCS, o N/A si no era necesaria la aprobación previa.

4. Si nota que su hijo está teniendo efectos secundarios o problemas que pueden estar asociados con el medicamento recetado, escríbalos bajo “Efecto secundario observado”.
5. Haga una lista de los buenos efectos que observa como resultado de los medicamentos bajo “Cualquier cambio o mejora observados”.
6. Escriba cualquier pregunta que pueda tener para el proveedor en la próxima cita. Por lo general, es difícil recordar las preguntas cuando está en una cita, así que escribirlas le ayudará a usted y al proveedor a saber cómo el medicamento está afectando al niño.
7. Escriba los números de teléfono de contacto de los proveedores que recetan en la última línea del bloque, así los tiene a la mano si necesita llamar con alguna pregunta o asunto urgente que pueda estar ocurriendo.

Segundo bloque
Medicamento de venta libre.

1. **Escriba cualquier medicamento de venta libre (OTC) que necesita administrar a su hijo. Debe consultar con el proveedor que receta antes de administrar cualquier medicamento de venta libre ya que algunos medicamentos no se pueden administrar juntos. Siempre debe consultar antes de administrar medicamentos para la fiebre/tos/resfriado ya que muchos de estos medicamentos contienen Tylenol genérico. Si administra un medicamento para la fiebre y un medicamento para la tos, puede administrar accidentalmente una sobredosis de Tylenol, lo cual puede ser muy peligroso.
2. Escriba cualquier efecto secundario, los efectos buenos y cualquier pregunta que necesite hacer al proveedor que receta, tal como lo hizo en los bloques anteriores.

Revisión

Cuando su administrador del caso contratado o el FSW del DCS hagan una visita domiciliaria mensual, deben revisar este formulario con usted y ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Después de la revisión, el administrador del caso debe firmar el formulario, escribir su nombre y la fecha. Marque las casillas para indicar si se trata de un administrador del caso contratado o un FSW del DCS. Escriba el nombre del administrador del caso contratado (si corresponde) y envíe una copia del formulario al FSW del DCS.

NOTA

Todos los medicamentos recetados y de venta libre deben estar bajo llave en todo momento. Un niño no debe estar a cargo de sus propios medicamentos, a menos que haya una receta médica/permiso especial del proveedor que receta, la aprobación de la enfermera del DCS y un plan de educación/evaluación.