

MIAT Modulo 2 - Ejercicio Independiente del Participante #1- Revisando un Formulario Completado
Formulario de Consentimiento Escrito de Medicamento

19. Si la sección #7 esta completa, ¿las instrucciones indican una hora especifica para administrar el medicamento?
 (Por ejemplo, ¿el medico escribió 12pm?) Si N/A No
 Escriba la hora específica (s) que el programa de cuidado debe administrar el medicamento (i.e., 12pm): _____

20. Yo, padre/guardián legal, autorizo al programa de cuidado administrar el medicamento según está especificado en la Sección del Medico Autorizado con Licencia a: Matthew Bender
 (Nombre del niño)

21. Nombre del padre o guardián legal (favor usar letra de molde): Fiona Bender	22. Fecha de autorización : 10/2/04
---	---

23. Firma del padre o guardián legal: *Fiona Bender*

EL PROGRAMA DE CUIDADO COMPLETE ESTA SECCION (#24 - #30)

24. Nombre del Proveedor/Centro :	25. Numero de identificación del centro :	26. Numero de teléfono del Centro :
-----------------------------------	---	-------------------------------------

27. Yo he verificado que #1-#23 y si aplica al caso, #33-#36 están completos. Mi firma indica que toda la información necesaria para dar este medicamento le ha sido dada al programa de cuidado.

28. Nombre del proveedor autorizado del cuidado de niño (favor de usar letra de molde por favor):	29. Fecha que se recibió de los padres :
---	--

30. Firma del proveedor autorizado del cuidado de niño :

SOLO COMPLETE ESTA SECCION (#31 - #32) SI LOS PADRES SOLICITAN QUE SE DESCONTINUE EL MEDICAMENTO ANTES DE LA FECHA INDICADA EN #15

31. Yo padre/guardián legal, solicito que el medicamento indicado en este formulario de consentimiento sea descontinuado en _____ (fecha). Una vez que el medicamento sea descontinuado, yo entiendo que si mi niño necesita este medicamento en el futuro, un nuevo formulario de consentimiento debe ser completado.

32. Firma del Padre/guardián Legal:

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO AUTORIZADO CON LICENCIA, SEGÚN SEA NECESARIO (#33 - #36)

33. Describa cualquier entrenamiento adicional, procedimiento o habilidades que el personal de cuidado va necesitar para el cuidado de este niño. **Ver plan individual de cuidado medico/salud**

34. Firma del Medico Autorizado con Licencia : *Nancy Wallace, MD*

35. Como es posible que hayan ocasiones donde la farmacia no despache una receta nueva por cambios en la receta con relación a la dosis, hora, o frecuencia hasta que el medicamento de la receta anterior ha sido completamente usada, por favor indique la fecha en la cual usted espera que la farmacia le ha de despachar la orden actualizada.

FECHA: _____

Al completar esta sección el programa de cuidado ha de seguir las instrucciones escritas en este formulario y no las de la etiqueta de la farmacia hasta que la receta nueva sea despachada.

36. Firma del Medico Autorizado con Licencia: