



## Información y Lista de Verificación para Padres sobre Medicación

Estimado Padre/Guardian:

En Orange County Head Start, priorizamos la salud y seguridad de su hijo. Nuestros archivos demuestran que su hijo/a necesita medicación durante las horas de la escuela. Medicación es raramente administrado en la escuela. Las únicas excepciones involucran problemas especiales o serios en que es absolutamente necesario administrar el medicamento. Nosotros reconocemos que el tratamiento médico es la responsabilidad del padre y el doctor. Por eso, nosotros, el personal de OCHS, vamos a seguir las instrucciones escritas, según las recetas de su doctor. También es la responsabilidad del padre/guardián notificar al director/a del centro si hay un cambio en las órdenes de la medicación. Ordenes de la medicación deben de ser renovados cada año y cuando el régimen del medicamento cambie.

Lo siguiente es una lista de verificación para guiarle a través de nuestro procedimiento de medicamento. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor comuníquese con su director/a del centro.

### Por favor complete los siguientes pasos:

- Obtenga las siguientes formas en el centro: **Parent/Guardian and Physician Request for Medication (PPRM) y Medication Information Request Letter.**
- Firme e indique la fecha en la porción de arriba de la forma PPRM.
- Lleva la forma PPRM y la “Medication Information Request Letter” al doctor de su hijo
  - Verifica que su doctor complete **todas** las secciones de la forma de PPRM
- Recoja la receta de su farmacia y verifique que las órdenes del doctor sean correctos
- Entregue la forma PPRM completa con el medicamento a su director/a del centro
- Entregue el medicamento original (sin alteraciones) a su director del centro. Si es una receta, debe de contener direcciones del farmacéutico, sin alteraciones.
  - Nota: El personal de salud revisará el medicamento y el papeleo y notificará al director/a del centro cuando el proceso ya se ha terminado.
    - El director/a del centro se comunicara con usted para hacer una cita de entrenamiento de la medicación
- Asistir el entrenamiento de la medicación con el director del centro y otro personal de OCHS

**\* Su hijo empezará/continuará la escuela cuando los pasos indicados sean terminados.**

Muchas Gracias,

*Su Equipo de Servicios de Salud de OCHS*