



MANEJO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL HOGAR

Una emergencia médica es una situación que ocurre sin previo aviso, en la cual se ve amenazada la salud de una persona. Pueden surgir en cualquier momento y por diferentes razones. Algunas, pueden causar la muerte si no se busca asistencia médica de inmediato.

Antes de la emergencia:

- Prepare un plan escrito de manejo de emergencias médicas que especifique los pasos a seguir en caso de una emergencia médica.
- Tenga disponible y a la mano, los formularios de **Información de Contacto y Consentimiento**, de los niños (as) bajo su cuidado.
- Tenga disponible y a la mano, los formularios: **Hoja de Intervención e Informe de Accidentes y Emergencias Médicas (Incidentes)**.
- Asegúrese de tener los números actualizados de teléfono de los padres de los niños(as) y manténgalos accesibles.
- Mantenga, en un área visible en el hogar, el Plan de Manejo de Emergencias Médicas, Listado de números de teléfono de emergencia (Control de envenenamiento, Policía, Bomberos y otros).
- Oriente a los padres de los menores bajo su cuidado, sobre su responsabilidad de proveer información médica actualizada del niño(a), para proveerle ayuda inmediata en caso de una emergencia médica.

Durante emergencias médicas que requieren atención médica inmediata:

- Llame al sistema 9-1-1 o a emergencias médicas si el niño(a) presenta alguna de las condiciones mencionadas en la página 3.
- Hágase cargo de la emergencia y preste los primeros auxilios.
- No ofrezca medicamentos, a menos que haya una autorización previa del padre, madre o encargado(a) del niño(a).
- No mueva al niño(a) gravemente herido o enfermo, a menos que sea absolutamente necesario. Si lo hace, deberá seguir las guías sobre lesiones de cuello y espalda descritas en su material de adiestramiento de Primeros Auxilios y CPR.
- Ofrezca seguimiento a la situación. Registre en la **Hoja de Intervención** la llamada al sistema 9-1-1, llamadas a los padres y la hora en que estos llegan al hogar de cuidado.
- Si el niño (a) requiere ser transportado (a) a una facilidad médica y los padres no han llegado al centro, acompañe al niño (a) hasta que lleguen sus padres y estos asuman la responsabilidad.

Página 2

Manejo de Emergencias Médicas en el Hogar

Durante emergencias médicas leves que **NO** requieren llamar al 9-1-1

- Permanezca en la escena y preste los primeros auxilios al niño (a).
- Comuníquese con los padres para informarles sobre la emergencia.
- Registre en la **Hoja de Intervención** la llamada a los padres y la hora en que estos llegan al hogar de cuidado si la situación amerita que el padre/madre busque al niño (a) para evaluación médica.

Para todo tipo de emergencias:

- No ofrezca medicamentos, a menos que haya autorización previa de los padres o encargados (as) del niño (a) y esté indicado en el **Plan de Cuidado de Salud del niño (a)**.
- Complete el **Informe de Accidentes/Emergencias Médicas** (Incidentes) en todas sus partes.
- Si su hogar pertenece a una Red de Cuido, comuníquese con el Director (a) para informarle de la emergencia.

Referencias:

Martín de Pumarejo, Milagros, González, Rosario y Vega, Mariali. Emergencias Médicas Pediátricas. Guías para emergencias en las escuelas. *Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y el Hospital Pediátrico Universitario*. Río Piedras, PR.

Puerto Rico Family Institute, Head Start/Early Head Start Program. 2013. Primeros Auxilios y Emergencias Médicas.

**LLAME INMEDIATAMENTE AL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SI EL NIÑO
(A):**

- ✓ Presenta riesgo de lesión permanente o su vida está en riesgo.
- ✓ Actúa de manera extraña, está menos alerta, o se aísla.
- ✓ Presenta dificultad para respirar, se le agrava el asma o no puede hablar.
- ✓ Tiene la piel y los labios color azul, violeta o gris.
- ✓ Presenta convulsiones y pérdida de conciencia.
- ✓ Está inconsciente.
- ✓ Se torna cada vez menos receptivo.
- ✓ Tuvo una lesión de cabeza y presenta cualquiera de los siguientes: disminución en el nivel de alerta, confusión, dolor de cabeza, vómitos, irritabilidad, o dificultad para caminar.
- ✓ Presenta dolor intenso y en aumento en cualquier lugar de su cuerpo.
- ✓ Tiene una cortadura severa o quemadura grande, profunda y no deja de sangrar.
- ✓ Está vomitando sangre.
- ✓ Tiene el cuello rígido, dolor de cabeza y fiebre.
- ✓ Está significativamente deshidratado: ojos hundidos, letárgico, no puede llorar ni orinar.
- ✓ Tiene un gran volumen de sangre en las heces.
- ✓ Presenta amputación debido a una lesión.
- ✓ Además, llame a emergencias médicas si múltiples niños (as) se afectan por una lesión o enfermedad grave al mismo tiempo.
- ✓ Si tiene dudas sobre la condición de salud del niño (a), llame a emergencias médicas.

Obtenga Atención Médica en un periodo de 1 hora si el niño (a) presenta:

- ✓ Fiebre a cualquier edad que parece más que una enfermedad leve.
- ✓ Fiebre en un niño(a) de menos de dos meses (ocho semanas) de edad
- ✓ Una erupción de color púrpura o rojo.
- ✓ Un corte que puede requerir puntos de sutura.
- ✓ Pérdida de diente o herida en la boca.
- ✓ Caída o trauma que produzca hinchazón (fractura)
- ✓ Cualquier condición médica descrita en el plan de cuidado del niño(a) que requiera notificarse a los padres.

NOTA: La fiebre se define como una temperatura por encima de 101°F (38.3°C) por vía oral, por encima de 102°F (38.9°C) por vía rectal, o 100°F (37.8°C) o más tomada en la axila o medida por un método equivalente.

Referencia: Caring Our Children: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs, Third Edition, 2011

ANEJO 1

**INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA
MANEJO DE EMERGENCIAS EN CENTRO DE CUIDADO Y DESARROLLO**

Nombre del Centro: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre y apellidos del niño(a): _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____

Nombre y apellidos del padre, madre o encargado: _____

Teléfono _____ celular/trabajo _____

Nombre y apellidos del padre, madre o encargado: _____

Teléfono _____ celular/trabajo _____

**CONTACTOS DE EMERGENCIA (a los cuales se pueden llamar en caso de no
localizar a los padres)**

Contacto #1: _____

Nombre y apellidos

- Relación con el niño(a): _____
- Teléfono _____ celular/trabajo _____

Contacto #2: _____

- Relación con el niño(a): _____
- Teléfono _____ celular/trabajo _____

CUIDADOS MÉDICOS PREFERIDOS POR LA FAMILIA

Nombre del Pediatra que atiende al niño(a): _____

- Dirección: _____
- Teléfono: _____

Página 5

Protocolo para el Manejo de Emergencias Médicas en el Hogar

PLAN MÉDICO DEL

NIÑO(A): _____

Numero de Contrato _____

Nombre de persona que tiene el plan/seguro médico: _____

CONDICIONES ESPECIALES, ALERGIAS E INFORMACIÓN MEDICA EN CASO DE EMERGENCIA

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ENCARGADO Y ACUERDOS PARA MANEJO DE EMERGENCIAS

Autorizo que mi hijo(a) que reciba los primeros auxilios por parte del personal del centro/hogar licenciado en caso de que surja una emergencia médica y que de ser necesario, este sea transportado para recibir cuidado de emergencia. Me responsabilizo por todos los cargos no cubiertos por mi plan/seguro médico. Doy consentimiento para que las personas contactos (según el orden de prioridad establecido en este documento) actúen mientras yo puedo llegar. Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando surjan cambios o por lo menos cada seis meses.

Nombre del padre, madre o encargado:

Nombre del padre, madre o encargado:

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

ANEJO 2
HOJA DE INTERVENCIÓN

Con el 9-1-1

Fecha del Accidente: _____

Descripción del accidente: _____

Hora en que se comunica con el 9-1-1: _____

A quien se le notificó (padre, madre o encargado(a): _____

Nombre y apellidos

Hora en que se le notificó al padre, madre o encargado(a) el accidente:

Hora en que padre, madre o encargado llegó al centro: _____

Persona que documenta la información (letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEJO 3
INFORME DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS (INCIDENTES)

INSTRUCCIONES

Este formulario se utilizará para reportar todo incidente ocurrido a un niño(a) o más en el centro/hogar de cuidado licenciado bajo el horario de servicio.

- Este documento puede utilizarse para notificar a los padres o tutores sobre cualquier incidente ocurrido mientras su niño(a) está en el centro/hogar de cuidado licenciado.
- Por favor escriba en LETRA DE MOLDE claramente y adjunte páginas adicionales si es necesario.
- Una vez completado el formulario debe ser enviado al Área de Salud y Seguridad de Oficina Central y archivado en el expediente del niño/a.
- **Si ocurre la muerte de un niño(a) o alguna situación en la que se sospeche la existencia de maltrato y/o negligencia mientras está bajo cuidado, usted debe notificar inmediatamente al Departamento de la Familia al 787-749-1333 o a la línea de Respuesta Rápida 1-800-981- 3333.**

| | |
|--|--|
| Fecha de Hoy: _____ | No. de Licencia/Contrato: _____ |
| Nombre del Centro/Hogar: _____ | |
| Nombre del Niño(a): _____ | Edad: _____ |
| (ESCRIBA EI NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | |
| Detalles del Incidente: (Incluya la fecha, la hora y el lugar donde ocurrió el incidente). (Debido a asuntos de privacidad, los nombres de otros niños(as) involucrados en cualquier incidente no se deben compartir con los padres). | |
| | |
| | |
| | |
| Lesiones: (Incluya una descripción completa de cualquier marca, hematoma y/o abrasión). | |
| | |
| | |
| Servicios Médicos/Tratamiento Provisto: (Incluya cualquier tratamiento provisto e indique el nombre y el título de la persona que administró el tratamiento). | |
| | |
| | |
| Acción Tomada: (Incluya cualquier acción que haya tomado al momento del incidente). | |
| | |
| | |
| | |

Proveedor(a) de Cuidado

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |

Testigo de Incidente

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |

Padre/Madre/Tutor(a) Notificado(a)

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |

Persona que notificó a la ACUDEN, Área de Salud y Seguridad

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Nombre: _____ (NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE) | Fecha: _____ (MM/DD/YY) | Hora: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| _____ (FIRMA) | | |

