

Colocar la foto del estudiante aquí

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA
Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020
Por favor, entregue a la enfermería escolar. Los formularios enviados después del 31 de mayo de 2019 podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Student Last Name First Name Middle Date of birth MM DD YYYY
OSIS Number Weight kg
School (include name, number, address and borough) DOE District Grade Class

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)

Specify Allergy Allergy to
History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) No
History of anaphylaxis? Yes Date No
If yes, system affected Respiratory Skin GI Cardiovascular Neurologic
Treatment Date

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

A. Immediately administer medication ordered below, then call 911.

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for any of the following symptoms:
Shortness of breath, wheezing, or coughing
Fainting or dizziness
Lip or tongue swelling that bothers breathing
Pale or bluish skin color
Tight or hoarse throat
Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
Weak pulse
Trouble breathing or swallowing
Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
Other:
If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s):
Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine.
B. If no improvement, or if symptoms recur, repeat in minutes for maximum of times (not to exceed a total of 3 doses)

Student Skill Level (select the most appropriate option)
Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
Independent Student: student is self-carry/self-administer
Independent Student: student is self-carry/self-administer
I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events. Practitioner's Initials

2. MILD REACTION

- A. Give antihistamine: Name: Preparation/Concentration: Dose: Route:
Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for any of the following symptoms:
Itchy nose, sneezing, itchy mouth
A few hives or mildly itchy skin
Mild stomach nausea or discomfort
Other:
B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

Student Skill Level (select the most appropriate option)
Nurse Dependent Student: nurse must administer
Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
Independent Student: student is self-carry/self-administer
Independent Student: student is self-carry/self-administer
I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events. Practitioner's Initials

3. OTHER MEDICATION

- Give Name: Preparation/Concentration: Dose:
Route: Frequency: Q minutes hours as needed
Specify signs, symptoms, or situations:
If no improvement, indicate instructions:
Conditions under which medication should not be given:

Student Skill Level (select the most appropriate option)
Nurse-Dependent Student: nurse must administer
Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
Independent Student: student is self-carry/self-administer
Independent Student: student is self-carry/self-administer
I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events. Practitioner's Initials

Home Medications (include over-the-counter)

Health Care Practitioner Name LAST FIRST Signature Date
Address Tel. Fax
NYS License # (Required) NPI #

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA
 Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020
 Por favor, entregue a la enfermería escolar. Los formularios enviados después del 31 de mayo de 2019
 podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

LOS PADRES O TUTORES DEBEN LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Doy mi autorización para que la escuela guarde los medicamentos de mi hijo y para que se los administre siguiendo las indicaciones del médico del niño. También doy mi autorización a los equipos necesarios para guardar y utilizar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
- Entiendo que:
 - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería escolar. Haré lo posible por entregarle a la escuela inyecciones de epinefrina con aguja retráctil.
 - Todos los medicamentos con y sin receta que le entregue a la escuela deben estar nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela medicamentos que no estén vencidos para que mi hijo los tome durante el día escolar.**
 - Los medicamentos con receta deben tener la etiqueta original de la farmacia en la caja o el frasco. Esta etiqueta tiene que incluir los siguientes datos: 1) nombre de mi hijo, 2) nombre y teléfono de la farmacia, 3) nombre del médico de mi hijo, 4) fecha, 5) número de reposiciones de la receta, 6) nombre del medicamento, 7) dosis, 8) cuándo tomar el medicamento, 9) cómo tomar el medicamento y 10) cualquier otra indicación de uso.
 - Por la presente confirmo y certifico que, tras confirmar con el médico de mi hijo, autorizo a la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) a administrar las reservas de medicamentos para mi hijo, en caso de que el medicamento para el asma o de epinefrina de mi hijo no esté disponible.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar si se produce algún cambio respecto al medicamento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La OSH y sus representantes que participan en la prestación de los servicios de salud arriba mencionados confían en que la información de este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario de administración de medicación (*medication administration form, MAF*), autorizo a la OSH a proporcionarle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios pueden incluir, entre otros, una evaluación clínica o un examen físico de un médico o personal de enfermería de la OSH.
 - La orden de medicación contenida en este formulario MAF vence al final del año escolar de mi hijo, que podría incluir el período de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero).
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para la alergia aquí descritos. Este formulario no constituye un acuerdo de la OSH para proporcionar los servicios solicitados. Si la OSH decide proporcionar estos servicios, es posible que mi hijo también necesite un Plan de Adaptaciones para Estudiantes. La escuela ejecutará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicación o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, personal de enfermería o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES):

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos solo. Doy mi autorización para que mi hijo porte, guarde y se tome en la escuela el medicamento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo dicho medicamento ya sea en frascos o cajas según se ha descrito anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso de la medicación de mi hijo y de todos los efectos resultantes de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. La enfermería escolar se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de portar y tomarse su medicamento por sí solo. También accedo a entregarle a la escuela medicamento de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo a que el personal de la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren el medicamento a mi hijo si, temporalmente, el niño no puede llevarlo consigo y tomarlo por sí solo.
- Autorizo a que el personal de la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren el medicamento a mi hijo si, temporalmente, el niño no puede llevarlo consigo y tomarlo por sí solo.

ATENCIÓN: Si decide utilizar los medicamentos disponibles, deberá enviar la epinefrina, el inhalador para el asma y otros medicamentos de su hijo aprobados para autoadministración durante las excursiones escolares o los programas para después de clases, de modo que el niño los tenga a su disposición. Los medicamentos disponibles se destinan exclusivamente al uso en la escuela por el personal de la OSH.

| | | | | |
|---|----------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Estudiante Apellido | Nombre | Inicial del 2.º Nombre | Fecha de nacimiento ___/___/_____ | Escuela |
| Nombre/ATSDBN de la escuela | | | Condado | Distrito |
| Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta) | | | Firma del padre o tutor | Fecha de la firma ___/___/_____ |
| Correo electrónico del padre o tutor | | | Dirección del padre o tutor | |
| Números de teléfono: Durante el día (____) _____ - _____ Fijo (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____ | | | | |
| Nombre del contacto alternativo para emergencias | Relación con el estudiante | Teléfono del contacto (____) _____ - _____ | | |



For Office of School Health (OSH) Use Only (Para uso exclusivo de la OSH)

OSIS Number: _____

Received by: Name _____ Date ___/___/_____ Reviewed by: Name _____ Date ___/___/_____

504 IEP Other Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (*For supervised students only*) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___/___/_____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner Modified Not Modified