



Adjuntar la foto del estudiante aquí.

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2020-2021

Por favor, entregue en la enfermería escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Estudiante Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
N.º OSIS _____		Peso _____ kg			
Escuela (incluya el ATSDBN/nombre, número, dirección y condado)			Distrito del DOE	Grado	Clase

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ___/___/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment _____ Date ___/___/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

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

- 0.15 mg
- 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following symptoms (retractable devices preferred):

- 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
- Many hives or redness over body

- 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)

C. Give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

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

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

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

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 (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ___/___/____
Address			
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____) _____	Fax. (____) _____

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Esclara | Año escolar 2020-2021
 Por favor, entregue en la enfermería escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

LOS PADRES O TUTORES DEBEN LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Autorizo que se guarden en la escuela los medicamentos de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico. También doy mi autorización para que se utilicen los equipos necesarios para guardar y usar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
- Entiendo que:
 - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería escolar. Haré lo posible por proporcionarle a la escuela autoinyectores de epinefrina con aguja retráctil.
 - Todos los medicamentos con y sin receta que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir 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 deberá incluir: 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.
 - 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 los medicamentos de reserva 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 proporcionada en este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario de administración de medicamentos (*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 medicamentos de este formulario MAF vence al finalizar el 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). Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo. La OSH no necesitará mi firma para futuros formularios MAF.
 - El presente formulario constituye mi autorización y la solicitud de los servicios para alergias 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 completará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicamentos o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

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

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos sin supervisión. 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, como se describió anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso que mi hijo le dé al medicamento y de las consecuencias de dicho uso en la escuela. La enfermería escolar confirmará que mi hijo es capaz de portar y tomar el 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 la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren la epinefrina a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrársela por sí solo.

NOTA: Si decide utilizar los medicamentos de reserva, 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 menor los tenga a su disposición. Los medicamentos de reserva 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	
Número de teléfono Durante el día (____)____-____	Casa (____)____-____	Celular (____)____-____		
Nombre del contacto alternativo para emergencias	Parentesco con el estudiante	Teléfono del contacto (____)____-____		

FIRME AQUÍ

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