



Adjuntar la foto del estudiante aquí.

# FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

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 ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small>	<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

<b>Diagnosis</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Control</b> (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	<b>Severity</b> (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent
<b>Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)</b>		
History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Received oral steroids within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times last : ____/____/____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
<b>Student Skill Level</b> (Select the most appropriate option)		Practitioner Initials
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers under adult supervision	<i>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.</i>	

## Quick Relief In-School Medication

**Albuterol** [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage] (plus individual spacer):  Stock  Parent Provided  MDI w/ spacer  DPI

**Other:** Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_ hrs  
 Give \_\_\_\_\_ puffs/\_\_\_\_\_ AMP q \_\_\_\_\_ hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat **ONCE**.

**If in Respiratory Distress:** Call 911 and give \_\_\_\_\_ puffs/ \_\_\_\_\_ AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

**Pre-exercise:** 2 puffs 15-20 mins before exercise.

**URI Symptoms or Recent Asthma Flare:** 2 puffs @ noon for 5 school days.  
 Special Instructions: \_\_\_\_\_

**Pre-exercise:** \_\_\_\_\_ puffs/\_\_\_\_\_ AMP 15-20 mins before exercise.

**URI Symptoms or Recent Asthma Flare:** \_\_\_\_\_ puffs/\_\_\_\_\_ AMP @ noon for 5 school days  
 Special Instructions: \_\_\_\_\_

## Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

**Fluticasone** [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage]  Stock  Parent Provided  MDI w/ spacer  DPI

**Other ICS Standing Daily Dose:**  
 Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_ hrs

**Standing Daily Dose:** \_\_\_\_\_ puffs ONCE a day at \_\_\_\_\_ AM  
 Special Instructions: \_\_\_\_\_

## Home Medications (Include over the counter)

Reliever \_\_\_\_\_  Controller \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

<b>Health Care Practitioner Name</b> 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 EL ASMA

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 suministrarla 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

\*No debe enviarse información confidencial por correo electrónico

SOLO PARA USO EN VERSIÓN IMPRESA