



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 2021-2022

Por favor, entregue este formulario en la enfermería escolar.

Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Distrito del DOE: ____ Grado/Clase: _____

Escuela (incluya ATS DBN/nombre, dirección y condado): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD

Diagnosis

- Asthma
- Other: _____

Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled
- Not Controlled / Poorly Controlled
- Unknown

Severity (see NAEPP Guidelines)

- Intermittent
- Mild Persistent
- Moderate Persistent
- Severe Persistent

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

- History of near-death asthma requiring mechanical ventilation Y N U
- History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) Y N U
- History of asthma-related PICU admissions (ever) Y N U
- Received oral steroids within past 12 months Y N U _____ times last: _____
- History of asthma-related ER visits within past 12 months Y N U _____ times last: _____
- History of asthma-related hospitalizations within past 12 months Y N U _____ times last: _____
- History of food allergy or eczema, specify: _____ Y N U

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- 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 during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

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
- Standard Order:** Give 2 puffs q 4 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 6 puffs; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.
- Pre-exercise:** 2 puffs 15-20 mins before exercise.
- URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** 2 puffs @noon for 5 school days.
Special Instructions: _____
- Other:** Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs
Give _____ puffs/ _____ AMP _____ 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:** _____ 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
- Standing Daily Dose:** _____ puffs ONCE a day at _____ AM
Special Instructions: _____
- Other ICS Standing Daily Dose:**
Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs

Home Medications (include over the counter) None

- Reliever: _____ Controller: _____ Other: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Signature: _____

NYS License # (Required): _____ Please check one: MD DO NP PA Date: _____

Tel: _____ FAX: _____ NPI #: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA PÁGINA 2 ➔

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2021-2022

Por favor, entregue este formulario en la enfermería escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio de 2020 podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

PADRES O TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. 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, entre los que se incluyen los inhaladores que no son de albuterol.
 - 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 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 programa 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. Si no es así, un proveedor de salud de la OSH podrá examinar a mi hijo, a menos que yo entregue una carta al personal de enfermería escolar señalando que no quiero que a mi hijo lo examine un proveedor de salud de la OSH. El proveedor de salud de la OSH podrá evaluar los síntomas de asma de mi hijo y cómo responde al medicamento recetado para el asma. El proveedor de salud de la OSH podrá decidir si las órdenes de medicamento seguirán siendo las mismas o si es necesario cambiarlas. El profesional médico de la OSH puede llenar un nuevo formulario MAF de modo que mi hijo pueda seguir recibiendo servicios de salud a través de la OSH. Mi médico o el profesional médico de la OSH no necesitarán mi firma para redactar formularios MAF para el asma en el futuro. Si el profesional médico de la OSH completa un nuevo formulario MAF para mi hijo, dicho proveedor intentará comunicármelo a mí y al médico de mi hijo.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para el asma 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 proporcionar 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 su hijo.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (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.

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

Apellido del **estudiante**: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela (ATS DBN/Nombre): _____ Condado: _____ Distrito: _____

Nombre completo del **padre o tutor** (en letra de imprenta): _____ Correo electrónico del padre o tutor: _____

Firma del **padre o tutor**: _____ Fecha de la firma: _____

Dirección del **padre o tutor**: _____

Celular del **padre o tutor**: _____ Otro teléfono: _____

Nombre y relación con el estudiante de **otro contacto para emergencias**: _____

Teléfono del **otro contacto para emergencias**: _____

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

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

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

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

Confidential information should not be sent by email