

Attach student photo here

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Addendum Attached

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2018-2019

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	OSIS #
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade	Class
<input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Other Diagnosis:			Recent A1C: Date / /	Result . %	

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

NOTE: Orders received on this form will be processed for the September 2018 through August 2019 school year unless noted: Current Year '17-'18 ONLY

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ___mg SC/IM Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.	Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Blood Glucose (bg) Monitoring Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG. <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision.
	Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

Emergency orders <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F <input type="checkbox"/> Call endocrinologist if bG = "Hi" > If small or trace give water; re-test ketones & bG in ___ hrs > If initial or retest ketones are moderate or large , give water <input type="checkbox"/> Call parent and Endocrinologist <input type="checkbox"/> NO GYM If vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > ___ hours since last insulin.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.	Insulin Administration Skill Level <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer:* NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.
--	---	---

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES:

Formulario para orden de medicamento del proveedor | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2018-2019

Fecha límite de entrega: 15 de julio. Los formularios enviados después del 15 de julio podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Envíe el formulario por fax al 347-396-8932/8945.

LOS PADRES/TUTORES DEBERÁN LLENAR LO SIGUIENTE

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

1. Apruebo que el personal de enfermería escolar le dé a mi hijo su medicina recetada, que la escuela de mi hijo chequee la glucosa del niño, y que le provean tratamiento por bajo nivel de glucosa según las indicaciones del médico de mi hijo. La escuela podrá ejecutar estas actividades en la sede escolar o durante las excursiones escolares.
2. También autorizo el uso de los equipos que sean necesarios para guardar y usar la medicina de mi hijo en la escuela.
3. Comprendo que:
 - Debo entregarle las medicinas, *snacks* y equipos de mi hijo a la enfermería escolar. Haré lo posible por entregarle a la escuela las lancetas de seguridad y otros suministros de agujas de seguridad y accesorios para chequear los niveles de glucosa en sangre y darle insulina a mi hijo.
 - **Todos los medicamentos con y sin receta que yo entregue a la escuela deben ser nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original. Conseguiré otra reserva de medicamento para que mi hijo lo use cuando esté fuera de la escuela o en una excursión escolar.**
 - Las medicinas con receta deberán tener la etiqueta original de la farmacia en la caja o frasco. La etiqueta deberá incluir: 1) el nombre de mi hijo, 2) nombre y teléfono de la farmacia, 3) el nombre del médico de mi hijo, 4) fecha, 5) número de pedidos adicionales de la farmacia, 6) nombre de la medicina, 7) dosis, 8) cuándo tomar la medicina, 9) cómo tomar la medicina y 10) cualquier otra indicación de uso.
 - Debo avisarle **inmediatamente** a la enfermería escolar si surge algún cambio en el medicamento de mi hijo o las instrucciones del médico.
 - La Oficina de Salud Escolar y demás representantes que suministran a mi hijo los servicios de salud antes mencionados confían en la exactitud de la información presentada en este formulario.
 - Al firmar este formulario de administración de medicamento (MAF) la oficina de OSH podrá ofrecerle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios podrán incluir exámenes clínicos o un chequeo médico efectuado por un prestador de OSH o enfermero(a).
 - La orden de medicamento contenida en este formulario expira al final del año escolar de mi hijo incluyendo la sesión de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario (lo que suceda primero).
 - Si dicha orden de medicamento expira y el médico de mi hijo no emite una nueva orden, el proveedor de salud de OSH podría emitir una nueva orden MAF a favor de mi hijo. **La oficina de OSH no necesitará mi firma para emitir formularios MAF para diabetes más adelante.**
 - La oficina de OSH y el Departamento de Educación (DOE) son responsables de asegurarse de que mi hijo pueda medirse el nivel de glucosa, ya sea en la sala médica o cualquier otro lugar de la escuela.
 - El presente formulario representa mi autorización y solicitud de los servicios para diabetes descritos. El mismo no constituye un acuerdo de la oficina de OSH para suministrar los servicios solicitados. Si la oficina de OSH decide proveer estos servicios, mi hijo podría también necesitar un Plan de Adaptaciones para Estudiantes. Este plan será tramitado por la escuela.
 - La oficina de OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre la condición médica, medicamentos y tratamiento de mi hijo. La oficina de OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier prestador de servicios de salud, enfermero(a) o farmacéutico que le hubiese prestado servicios de salud a mi hijo.
 - Si no hay personal de enfermería disponible en la escuela, podrían avisarme para que venga a la escuela a suministrarle la medicina a mi hijo.

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Certifico y confirmo que mi hijo está totalmente entrenado y puede tomarse su propio medicamento sin ayuda. Doy permiso para que mi hijo lleve consigo, guarde y se tome su medicina recetada por sí mismo en la escuela. Soy responsable de entregarle a mi hijo esta medicina ya sea en frascos o cajas según se describe anteriormente. También soy responsable de supervisar el uso del medicamento de mi hijo y de todos los efectos resultantes por el uso de mi hijo de esta medicina en la escuela. El personal de enfermería se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de portar y tomarse su propia medicina por sí solo. También convengo entregarle a la escuela medicina de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo que el personal de enfermería escolar o el personal escolar entrenado le dé la medicina a mi hijo si el niño está temporalmente incapacitado para llevarla consigo o tomársela por sí solo.

NOTA: Durante las excursiones escolares y las actividades escolares fuera del plantel, es preferible que usted envíe los medicamentos y equipos para su hijo.

Apellido del estudiante	Primer nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre del padre/tutor en letra de imprenta				
Fecha en que se firma				
Correo electrónico del padre/tutor			Dirección del padre/tutor	
Números telefónicos: En el día		Hogar		Celular
Nombre completo del contacto alternativo para emergencias			Teléfono de contacto	

For Office of School Health (OSH) Use Only / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other		
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*La información de carácter confidencial no debe enviarse por correo electrónico.