

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> নারী	OSIS #
স্কুল (ATSDBN/নাম, নম্বর, ঠিকানা এবং বরো উল্লেখ করুন)			DOE ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড	ক্লাস

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

☐ Type 1 Diabetes ☐ Type 2 Diabetes ☐ Non-Type 1/Type 2 Diabetes ☐ Other Diagnosis: _____
Recent A1C: Date ____/____/____ Result ____%.

Orders written will be for Sept. '20 through Aug '21 school year unless checked here: ☐ Current School Year '19-'20 and '20-'21

EMERGENCY ORDERS

Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 Glucagon: <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM GVOKE: <input type="checkbox"/> 1 mg <input type="checkbox"/> ____ mg SC/IM Baqsimi: <input type="checkbox"/> 3 mg Intranasal Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.	Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____ mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F OR <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ____ mg/dl for the 2 nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F > If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or ____ hrs > If ketones are <u>moderate or large</u> , give water: Call parent and Endocrinologist; <input type="checkbox"/> NO GYM If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or ____ hours since last insulin.
--	--

SKILL LEVEL

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.	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 (<i>MUST Initial attestation</i>) I attest that the independent student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events	PROVIDER INITIALS
---	---	---	-------------------

NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.

BLOOD GLUCOSE MONITORING [See Part B for CGM readings]

Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN

Hypoglycemia: Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

☐ For bG < ____ mg/dl give ____ gm rapid carbs at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN ☐ T2DM - no bG monitoring or insulin in school

Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < ____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ____ mg/dl.

☐ For bG < ____ mg/dl give ____ gm rapid carbs at: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN

Repeat bG testing in 15 or ____ min. If bG still < ____ mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ____ mg/dl.

☐ For bG < ____ mg/dl pre-gym, **no gym** ☐ For bG < ____ mg/dl ☐ Pre-gym; ☐ PRN; treat hypoglycemia then give snack.

Insulin is given before food unless noted here: ☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Mid-range Glycemia: Insulin is given before food unless noted here: ☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Give snack before gym

Hyperglycemia: Insulin is given before food unless noted here: ☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ No Gym For bG > ____ mg/dl ☐ Pre-gym and/or ☐ PRN

☐ For bG > ____ mg/dl PRN, Give insulin correction dose if > 2 hrs or ____ hrs. since last insulin ☐ For bG meter reading "High" use bG of 500 or ____ mg/dl.

☐ **Check bG or Sensor Glucose (sG) before dismissal**

☐ Give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

☐ For sG or bG values < ____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and give ____ gm carb snack before dismissed

☐ For sG or bG values < ____ mg/dl treat for hypoglycemia if needed, and do not send on bus/mass transit, parent to pick up from school.

INSULIN ORDERS

Name of Insulin*: _____ * May substitute Novolog with Humalog/Admelog <input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> No Insulin at Snack Delivery Method: <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Pump (Brand): _____ <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions	Insulin Calculation Method: <input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or ____ hrs. since last insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale <input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) <input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Part B) <input type="checkbox"/> If gym/recess is immediately following lunch, subtract ____ gm carbs from lunch carb calculation.	Insulin Calculation Directions: (give number, not range) Target bG = ____ mg/dl Insulin to Carb Ratio (I:C): _____ Insulin Sensitivity Factor (ISF): _____ 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) 1 unit decreases bG by ____ mg/dl (time: ____ to ____) If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.
--	---	--

Carb Coverage: # gm carb in meal = X units insulin # gm carb in I:C	Correction Dose using ISF: bG – Target bG = X units insulin ISF	Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks; unless otherwise instructed by PCP/Endocrinologist. Round DOWN to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.
--	--	---

For Pumps - Basal Rate in school: ____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr ____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr ____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM ____ units/hr <input type="checkbox"/> Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump. <input type="checkbox"/> Suspend/disconnect pump for gym <input type="checkbox"/> Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min.	Additional Pump Instructions: <input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit) <input type="checkbox"/> For bG > ____ mg/dl that has not decreased in ____ hours after correction, consider pump failure and notify parents. <input type="checkbox"/> For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents. <input type="checkbox"/> For pump failure, only give correction dose if > ____ hrs since last insulin
--	--

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM [PART B]

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM) ORDERS [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

☐ Use CGM readings - For CGM's used to replace finger stick bG readings, only devices FDA approved for use and age may be used within the limits of the manufacturer's protocol. (sG = sensor glucose).

Name and Model of CGM: _____

For CGM used for insulin dosing: finger stick bG will be done when: the symptoms don't match the CGM readings; if there is some reason to doubt the sensor (i.e. for readings <70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers)

☐ CGM to be used for insulin dosing and monitoring - **must be FDA approved for use and age**

sG Monitoring Specify times to check sensor reading ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ PRN [if none checked, will use bG monitoring times]

For sG <70mg/dl check bG and follow orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

Use CGM grid below ☐ OR ☐ See attached CGM instruction

CGM reading	Arrows	Action	<input type="checkbox"/> use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.	
sG 60-70 mg/dl	and ↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; Recheck in 15-20 min. If still < 70 mg/dl check bG.	
sG 60-70 mg/dl	and ↑, ↑↑, or ↗	If symptomatic, treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan; if not symptomatic, recheck in 15-20 minutes. If still <70 mg/dl check bG.	
sG >70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing	
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	and ↓, ↓↓	Give 15 gms uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 gms of carbs from lunch carb calculation.	
sG ≥ 250	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing	

☐ For student using CGM, wait 2 hours after meal before testing ketones with hyperglycemia.

PARENTAL INPUT INTO INSULIN DOSING

☐ Parent(s)/Guardian(s) (give name), _____, may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations. Taking the parent's input into account, the nurse will determine the insulin dose within the range ordered by the health care practitioner and in keeping with nursing judgment.

Please select **one** option below:

1. ☐ Nurse may adjust calculated dose up or down up to ___ units based on parental input and nursing judgment.

2. ☐ Nurse may adjust calculated dose up by ___% or down by ___% of the prescribed dose based on parental input and nursing judgment

MUST COMPLETE: Health care practitioner can be reached for urgent dosing orders at: (____) ____ - ____

If the parent requests a similar adjustment for > 2 days in a row, the nurse will contact the health care practitioner to see if the school orders need to be revised.

SLIDING SCALE

Do NOT overlap ranges (e.g. enter 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless other orders.

	bG	Units Insulin	Other	bG	Units Insulin
<input type="checkbox"/> Lunch	Zero -		Time	Zero -	
<input type="checkbox"/> Snack					
<input type="checkbox"/> Breakfast					
<input type="checkbox"/> Correction			<input type="checkbox"/> Snack		
Dose			<input type="checkbox"/> Breakfast		
			<input type="checkbox"/> Correction		
			Dose		

OPTIONAL ORDERS

☐ Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.51-1.50u rounds to 1.00u

☐ Round insulin dosing to nearest half unit: 0.26-0.75u rounds to 0.50 u (must have half unit syringe/pen).

☐ Use sliding scale for correction **AND** at meals ADD: ___ units for lunch; ___ units for snack; ___ units for breakfast (sliding scale must be marked as correction dose only).

☐ Long acting insulin given in school – Insulin Name: _____
Dose: ___ units Time _____ or ☐ Lunch

SNACK ORDERS

☐ Student may carry and self-administer snack
Snack time of day: ___ AM / PM ☐ Pre-gym Snack
Type & amount of snack: _____

OTHER ORDERS:

HOME MEDICATIONS

Medication:	Dose	Frequency	Time	Route
Insulin:				
Other:				

ADDITIONAL INFORMATION

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? ☐ Yes or ☐ No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA devices. Please provide pump-failure and/or back up orders on DMAF Part A Form.]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Practitioner Name LAST	FIRST	Signature	Date ____ / ____ / ____
(Please print and check one: <input type="checkbox"/> MD, <input type="checkbox"/> DO, <input type="checkbox"/> NP, <input type="checkbox"/> PA)		Tel. (____) ____ - ____	Fax (____) ____ - ____
Address		CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.	
NYS License # (Required)	E-mail		

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ওষুধ দেয়া সংক্রান্ত ফর্ম

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডারের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2020-2021 স্কুল বছর
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 1 জুন তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেবি হতে পারে

PARENTS/GUARDIANS FILL BELOW (পিতামাতা/অভিভাবক নিচের অংশটি পূরণ করবে)

এটা স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোন যন্ত্রপাতি প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং যন্ত্রপাতি দিব। আমি স্কুলে রিট্রাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করব।
 - আমি সকল প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার (কাউন্টার থেকে কেন)” ঔষধ যেগুলো স্কুলে দিব সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাজে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাজের উপর অবশ্যই আসল ফার্মাসির লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত হতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবানের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
 - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোন সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপণে দেওয়া আ্যজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানানো হবে।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্মের সঠিক তথ্যের উপর নির্ভর করে।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই MAF-টিতে যে মেডিকেশন আর্ডার দেয়া আছে তা আমার সন্তানের স্কুল বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, যার মধ্যে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন একটি MAF দিব (যেটা আগে হবে)। যখন ঔষধের আদেশ বাতিল (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করতে হবে। OSH ভবিষ্যতে অ্যাজমার MAF লিখতে আমার স্বাক্ষর লাগবে না।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যালার্জি জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোন চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের মেডিক্যাল কন্ডিশন, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে ঔষধ সেবন (ঔষুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। আমার সন্তানকে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার অনুমতি এই ফর্মের মাধ্যমে দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাজ প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবে। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাজ অথবা বোতলে “বাড়তি (ব্যাক আপ)” ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

নোট: আপনি যদি স্টক ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনাফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ওষুধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুল গ্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন ঔষুমাত্র OSH স্টাফ দ্বারা স্কুলে ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ ____ / ____ / ____	স্কুল
স্কুলের ATSDBN/নাম			বরো	ডিস্ট্রিক্ট
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে):			<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">করুন:</div>	পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল				স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ: ____ / ____ / ____
			পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা	

ফোন নম্বর: দিলের (____) ____ - ____ বাড়ির (____) ____ - ____ সেল ফোন (____) ____ - ____

জরুরী অবস্থায় যোগাযোগের বিকল্প নাম

শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক

যোগাযোগের ফোন নম্বর (____) ____ - ____

FOR Office of School Health (OSH) USE (অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য)

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

DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021

DUE: June 1st. Forms submitted after June 1st may delay processing for new school year. Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945.

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

Notes: