



Adjuntar la foto del estudiante aquí.

# FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES [PARTE A]

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

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

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

## 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

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

### SKILL LEVEL

<p><b>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</b></p> <p><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.</p>	<p><b>Insulin Administration Skill Level</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication  <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision</p>	<p><input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer (<i>MUST Initial attestation</i>)          I attest that the <b>independent</b> student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, &amp; school/sponsored events</p> <p style="text-align: right;">PROVIDER INITIALS _____</p>
<p><b>NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</b></p>		

### 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

<p><b>Name of Insulin*:</b></p> <p>_____          * May substitute Novolog with Humalog/Admelog  <input type="checkbox"/> No Insulin in School  <input type="checkbox"/> No Insulin at Snack</p> <p><b>Delivery Method:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Syringe/Pen  <input type="checkbox"/> Pump (Brand): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions</p>	<p><b>Insulin Calculation Method:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast    <input type="checkbox"/> Lunch    <input type="checkbox"/> Snack  <input type="checkbox"/> Correction dose <b>ONLY</b> at: <input type="checkbox"/> Breakfast    <input type="checkbox"/> Lunch    <input type="checkbox"/> Snack  <input type="checkbox"/> Carb coverage <b>plus</b> correction dose when bG &gt; Target <b>AND</b> at least 2 hrs or ____ hrs. since last insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast    <input type="checkbox"/> Lunch    <input type="checkbox"/> Snack</p> <p>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.</p>	<p><b>Insulin Calculation Directions: (give number, not range)</b></p> <p>Target bG = ____ mg/dl    Insulin to Carb Ratio (I:C): _____</p> <p>Insulin Sensitivity Factor (ISF): _____          1 unit decreases bG by ____ mg/dl          (time: ____ to ____)          1 unit decreases bG by ____ mg/dl:          (time: ____ to ____)</p> <p><i>If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.</i></p> <p>Bkfst <b>OR</b> time: ____ to ____          1 unit per ____ gms carbs</p> <p>Snack <b>OR</b> time: ____ to ____          1 unit per ____ gms carbs</p> <p>Lunch <b>OR</b> time: ____ to ____          1 unit per ____ gms carbs</p> <p>Lunch followed by gym          1 unit per ____ gms carbs</p>
---	--	--

<p><b>Carb Coverage:</b>          # gm carb in meal = X units insulin          # gm carb in I:C</p>	<p><b>Correction Dose using ISF:</b>          bG - Target bG = X units insulin          ISF</p>	<p>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.</p>
---	---	--

<p><b>For Pumps - Basal Rate in school:</b></p> <p>____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM _____ units/hr          ____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM _____ units/hr          ____:____ AM/PM to ____:____ AM/PM _____ units/hr</p> <p><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.</p>	<p><b>Additional Pump Instructions:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Follow pump recommendations for bolus dose (<i>if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit</i>)  <input type="checkbox"/> For bG &gt; ____ 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 &gt; ____ hrs since last insulin</p>
--	--

**DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM [PART B]  
 Provider Medication Order Form – Office of School Health – School Year 2020-2021**

**DUE: June 1<sup>st</sup>. Forms submitted after June 1<sup>st</sup> 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.

<input type="checkbox"/> Lunch	bG	Units Insulin	<input type="checkbox"/> Other	bG	Units Insulin
<input type="checkbox"/> Snack	Zero -	_____	Time	Zero -	_____
<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).

<b>Health Care Practitioner Name</b> 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) Address _____	Tel. (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____
NYS License # (Required) _____	E-mail _____	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2020-2021

PLAZO DE ENTREGA: 1 de junio. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar. Envíe los formularios DMAF por fax al 347-396-8932/8945.

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 (____)____-____		



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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DIABETES MEDICATION ADMINISTRATION FORM**

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

**DUE: June 1<sup>st</sup>. Forms submitted after June 1<sup>st</sup> 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: