



FORMULARIO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ESTE FORMULARIO NO DEBE USARSE PARA MEDICAMENTOS PARA LAS CONVULSIONES, EL ASMA O LAS ALERGIAS
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.

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

| | | | | |
|---|--------|------------------|--|---|
| 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

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

HOME MEDICATIONS (include over-the counter)

| |
|--|
| |
| |
| |

| | | | |
|---|-------|----------------------|----------------------|
| Health Care Practitioner Name LAST <small>(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)</small> | FIRST | Signature | Date ____/____/____ |
| Address | | Tel. (____)____-____ | Fax. (____)____-____ |
| NYS License # (Required) | NPI # | | |

FORMULARIO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ESTE FORMULARIO NO DEBE USARSE PARA MEDICAMENTOS PARA LAS CONVULSIONES, EL ASMA O LAS ALERGIAS

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.

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 suministrársela 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