

Colocar la foto del estudiante aquí

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

FECHA LÍMITE: 31 de mayo. Los formularios enviados después del 31 de mayo podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945.

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include ATSDBN/name, address and borough)			DOE District ____	Grade ____
Class ____				

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (EL MÉDICO DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)

<p>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name</p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> <p>Practitioner's Initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u></p> <p>• Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p>• PRN</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p>• Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p>• If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>
<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name</p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> <p>Practitioner's Initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u></p> <p>• Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p>• PRN</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p>• Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p>• If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>
<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name</p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> <p>Practitioner's Initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u></p> <p>• Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p>• PRN</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p>• Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p>• If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>

HOME Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner LAST NAME (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required)	NPI No.	Date ____/____/____

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

FECHA LÍMITE: 31 de mayo. Los formularios enviados después del 31 de mayo podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945.

LOS PADRES O TUTORES DEBEN LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Autorizo a la enfermería escolar a administrar a mi hijo el medicamento que se le ha recetado. También autorizo a la enfermería escolar o al personal de la escuela con capacitación para ello a que comprueben el nivel de azúcar en la sangre y a que le proporcionen tratamiento en caso de que presente niveles bajos de azúcar según las indicaciones y el nivel de pericia necesario determinado por el médico de mi hijo. La escuela podrá llevar a cabo estas prácticas en la sede escolar o durante las excursiones escolares.
2. También autorizo a los equipos necesarios a guardar y utilizar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
3. Entiendo que:
 - Debo proporcionarle a la enfermería escolar el medicamento, los *snacks*, los instrumentos y los suministros para mi hijo y reemplazar dichos medicamentos, *snacks*, instrumentos y suministros cuando sea necesario. La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health*, OSH) recomienda que se utilicen lancetas de seguridad y otros equipos de agujas de seguridad y accesorios para chequear los niveles de azúcar en la sangre y administrarle insulina a mi hijo.
 - **Todos los medicamentos con y sin receta que le entregue a la escuela deben estar nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original. Proporcionaré 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 tiene que incluir los siguientes datos: 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 de uso.
 - 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 de este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este Formulario de administración de medicación (*Medication Administration Form*, MAF) autorizo a la OSH a ofrecerle servicios de salud relacionados con la diabetes 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 medicación contenida en este formulario MAF vence al final del 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).
 - La OSH y el Departamento de Educación (DOE) tienen la responsabilidad de garantizar que mi hijo pueda comprobar de forma segura sus niveles de azúcar en la sangre.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para diabetes 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 ejecutará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicación o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, personal de enfermería o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES):

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos solo. 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 según se ha descrito anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso de la medicación de mi hijo y de todos los efectos resultantes de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. La enfermería escolar se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de portar y tomarse su 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 el personal de la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren el medicamento a mi hijo si, temporalmente, el niño no puede llevarlo consigo y tomarlo por sí solo.

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

Estudiante Apellido	Nombre	Inicial del 2.º Nombre	Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre/ATSDBN de la escuela		Condado	Distrito
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)		FIRME AQUÍ →	Firma del padre o tutor
Correo electrónico del padre o tutor		Fecha de la firma ____/____/____	
Dirección del padre o tutor			
Números de teléfono: Durante el día (____) ____ - ____ Fijo (____) ____ - ____ Celular (____) ____ - ____			
Nombre de contacto alternativo para emergencias	Relación con el estudiante	Teléfono del contacto (____) ____ - ____	
Nombre del contacto alternativo para emergencias		Teléfono del contacto (____) ____ - ____	

For Office of School Health Use Only (Para uso exclusivo de la Oficina de Salud Escolar)

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