

# MEDICATION ADMINISTRATION FORM

**THIS FORM SHOULD NOT BE USED FOR ASTHMA OR ALLERGY MEDICATIONS**  
 Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**  
**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year.**

Attach student photo here

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

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

<p><b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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: student is self-carry / self-administer                  (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <input type="checkbox"/> PRN _____                  _____  <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed.  <input type="checkbox"/> 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><b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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: student is self-carry / self-administer                  (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <input type="checkbox"/> PRN _____                  _____  <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed.  <input type="checkbox"/> 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><b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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: student is self-carry / self-administer                  (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <input type="checkbox"/> PRN _____                  _____  <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed.  <input type="checkbox"/> 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)

---



---

<b>Health Care Practitioner</b> (Please Print)	LAST NAME _____	FIRST NAME _____	Signature _____
Address _____	Tel. No. (____) _____	Fax. No (____) _____	
E-mail address _____	Cell phone (____) _____		
NYS License No (Required) _____	NPI No. _____	Date ____/____/____	

## FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**ESTE FORMULARIO NO DEBE USARSE PARA MEDICAMENTOS PARA EL ASMA O ALERGIAS**

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.

### LOS PADRES/TUTORES DEBERÁN LLENAR LO SIGUIENTE

**Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:**

1. Autorizo que se guarde la medicina de mi hijo en la escuela y que se le administre en la escuela según las indicaciones del médico particular del niño. También autorizo el uso de los equipos que sean necesarios para guardar y usar la medicina de mi hijo en la escuela.
2. Comprendo que:
  - Debo entregarle las medicinas y equipos a la enfermería escolar.
  - **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.
  - **No se permite a los estudiantes llevar o autoadministrarse sustancias controladas.**
  - 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).
  - El presente formulario representa mi autorización y solicitud de los servicios 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 y apellido del padre/tutor en letra de imprenta			<b>FIRME AQUÍ</b> → Firma del padre/tutor	
Fecha en que se firma	Correo electrónico del padre/tutor:		Dirección del padre/tutor:	
Teléfono: En el día	Casa		Celular:	
Nombre y apellido del contacto alternativo para emergencias			Teléfono de contacto	

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

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

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