



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN 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
---	------------------	-------	-------

HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care
<input type="checkbox"/> Chest Clapping
<input type="checkbox"/> Percussion
<input type="checkbox"/> Postural Drainage
<input type="checkbox"/> Dressing Change |
|--|---|--|

Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-treats under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-treat (initial below)

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events

Practitioner's initials

1. Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
 _____ _____ _____

Diagnosis is self-limited Yes No

2. Treatment required in school:

<input type="checkbox"/> Feeding: _____	Formula Name	Concentration	Route	Amount/Rate	Duration	Frequency/specific time(s) of administration
---	--------------	---------------	-------	-------------	----------	--

* Premixing of medications and feedings by parents is no longer permissible for a nurse to administer. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.

- Flush with ____ mL _____ before feeding after feeding
- Oxygen administration: _____ _____ prn O2 Sat < ____% _____
Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms
- Other Treatment: _____ _____ prn _____
Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms
- Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

6. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

7. Date(s) when treatment should be: Initiated ____/____/____ Terminated ____/____/____

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 #		

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN 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 (____)____-____		

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