

Adjuntar la foto del estudiante aquí

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN MEDICAMENTOS) Formulario de orden de tratamiento del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2021-2022 Por favor, entregue este formulario en la enfermería escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ 2.º nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Grado: _____ Clase: _____ Distrito del DOE: _____ Escuela (incluya el ATSDBN/nombre, dirección y condado): _____

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.

- Blood Pressure Monitoring Chest Clapping/Percussion Clean Intermittent Catheterization: Cath Size ____ Fr. Central Line Dressing Change Feeding: Cath Size ____ Fr. Nasogastric G-Tube J-Tube Bolus Pump Gravity Spec./Non-Standard* Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size ____ Fr. Ostomy Care Oxygen Administration - specify in #2 Postural Drainage Pulse Oximetry monitoring Trach Care: Trach. Size _____ Trach Suctioning: Cath Size ____ Fr. Trach Replacement - specify in #5 Vagus Nerve Stimulator Other: _____

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 during school, field trips, and school-sponsored events

Practitioner's initials

Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS) Diagnosis is self-limited: Yes No _____ _____ _____

1. Treatment required in school:

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: Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____ prn O2 Sat < _____ % Specify signs & symptoms: _____

Other Treatment: Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____ Specify signs & symptoms: _____

Additional Instructions or Treatment:

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of emergency, including adversereactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy, or feeding tube:

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

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: _____ Terminated: _____

Health Care Practitioner

Last Name: _____ First Name: _____ MD DO NP PA

Address: _____ Tel. No: _____ Fax No: _____ Cell phone: _____ Email: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No _____ Date: _____

Practitioner's Signature: _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN MEDICAMENTOS)

Formulario de orden de tratamiento del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar **2021-2022**

Por favor, entregue este formulario en la enfermería escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

PADRES O TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Autorizo que se guarden en la escuela los suministros médicos, equipos y tratamientos recetados de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico.
- Entiendo que:
 - Debo entregarle a la enfermería escolar los suministros, equipos y tratamientos.
 - Todos los suministros que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela suministros que no estén vencidos para que mi hijo los use durante el día escolar.**
 - Los suministros, equipos y tratamientos deberán llevar una etiqueta con el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar si se produce algún cambio respecto al tratamiento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, 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 autorizo a la OSH a prestarle 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.
 - Las indicaciones u órdenes de tratamiento de este formulario vencen al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario (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 solicitud de los servicios médicos 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 su hijo.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES)

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede realizar el tratamiento solo. Doy mi autorización para que mi hijo porte y guarde lo necesario para autoadministrarse en la escuela el tratamiento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo estos suministros y equipos etiquetados como se describió anteriormente. También soy responsable de supervisar el tratamiento de mi hijo y de los resultados de que mi hijo se autoadministre el tratamiento en la escuela. La enfermería escolar confirmará que mi hijo es capaz de realizar el tratamiento solo. Asimismo, acepto entregarle a la escuela instrumentos y suministros de reserva, claramente etiquetados, por si en algún momento mi hijo no es capaz de realizar el tratamiento por sí solo.

La enfermería ya no tiene permitido administrar medicamentos y alimentos previamente mezclados por los padres. El personal de enfermería puede preparar y mezclar medicamentos y alimentos para administrar por sonda de gastrostomía de acuerdo con las instrucciones del médico del menor.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre/ATSDBN de la escuela: _____

Condado: _____ Distrito: _____

Correo electrónico del padre o tutor: _____ Dirección del padre o tutor: _____

Teléfonos: Durante el día: _____ Casa: _____ Celular*: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Firma del padre o tutor: _____

Fecha de la firma: _____

Contacto alternativo para emergencias:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono de contacto: _____

FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS Number: _____

Received by: Name: _____ Date: _____ Reviewed by: _____ 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: Clarified Modified

*Confidential information should not be sent by e-mail.

FOR PRINT USE ONLY