



REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)

Provider Treatment Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

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

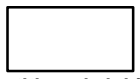
HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer:



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:
 Feeding: _____
Formula Name Concentration Route Amount/Rate Duration Frequency/specific time(s) of administration
 * Please note that parent prepared feeding or nurse prepared feeding, i.e. mixing powder with water, must receive approval from the Director/Deputy Director of Nursing
 Oxygen administration: _____
Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration O2 Sat < _____% Specify Symptoms
 Other Treatment: _____
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 (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address		Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) ____ - _____		NPI No. _____	Date ___/___/____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO RECETADO (SIN MEDICINAS)

Formulario para orden de tratamiento 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 guarden en la escuela los suministros médicos, equipos y tratamientos recetados de mi hijo y que se le administren en el plantel según las indicaciones del médico particular del niño.
2. Comprendo que:
 - Debo entregarle a la enfermería escolar los suministros, equipos y tratamientos médicos.
 - **Todos los materiales que yo entregue a la escuela deben ser nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original.** Conseguiré otras provisiones para que mi hijo las use cuando esté fuera de la escuela o en una excursión escolar.
 - Las provisiones, equipos y tratamientos deberán tener el nombre y fecha de nacimiento de mi hijo en una etiqueta.
 - Debo avisarle **inmediatamente** a la enfermería escolar si surge algún cambio en el tratamiento de mi hijo o las instrucciones del médico.
 - 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, la oficina de OSH podrá prestarle 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 instrucciones u órdenes contenidas en este formulario expiran 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 médicos 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 tratamiento a mi hijo.

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Certifico y confirmo que mi hijo está totalmente entrenado y puede efectuar su propio tratamiento sin ayuda. Doy permiso para que mi hijo lleve consigo, guarde y realice su tratamiento recetado por sí mismo en la escuela. Soy responsable de entregarle a mi hijo estos suministros y equipos etiquetados según se describe 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. El personal de enfermería se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de efectuar su propio tratamiento sin ayuda. Asimismo, convengo entregarle a la escuela equipos y suministros de reserva, claramente etiquetados, en el caso de que mi hijo no sea capaz de autoadministrarse el tratamiento.
- Autorizo que el personal de enfermería escolar o el personal escolar entrenado guarde y suministre tratamiento a mi hijo si el niño está temporalmente incapacitado para llevarlo consigo o autoadministrárselo.

Las mezclas alimenticias preparadas por los padres o el enfermero, es decir, mezcla de polvo y agua, deberán contar con la aprobación del director o subdirector de enfermería.

Apellido del estudiante	Primer nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	
Nombre y apellido del padre/tutor en letra de imprenta		FIRME AQUÍ	Firma del padre/tutor		
Dirección del padre/tutor:			Fecha en que se firma		
Teléfono: En el día		Casa	Celular:		
Correo electrónico del padre/tutor					
Nombre y apellido del contacto alternativo para emergencias			Teléfono del contacto alternativo		

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 <i>(For supervised students only)</i>	<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.