



FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

| Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2023-2024

Por favor, entregue este formulario en la enfermería / Centro de salud escolar. Los formularios que se presentan después del 1 de junio de 2023 podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Devuelva este formulario a la enfermería/centro de salud escolar. Los formularios entregados después del 1 de junio pueden demorar su gestión para el nuevo año escolar.

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

Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Distrito del DOE: _____ Grado/Clase: _____

Escuela (incluya ATS DBN/nombre, número, dirección y condado): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis

- Asthma
 Other: _____

Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled
 Not Controlled / Poorly Controlled
 Unknown

Severity (see NAEPP Guidelines)

- Intermittent
 Mild Persistent
 Moderate Persistent
 Severe Persistent
 Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| History of near-death asthma requiring mechanical ventilation | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| History of asthma-related PICU admissions (ever) | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| Received oral steroids within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related ER visits within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related hospitalizations within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of food allergy or eczema, specify: _____ | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)? | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |

Home Medications (include over the counter) None

Reliever: _____ Controller: _____ Other: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school- Sponsored events. Practitioner's Initials: _____

Quick Relief In-School Medication

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

- Albuterol [Only generic Albuterol MDI w/ individual spacer is provided by school; this will be used if prescribed medication below is unavailable]
Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

Other Quick Relief Medication:

- Other Albuterol Dosing: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
 Airsupra (albuterol & budesonide) Strength _____ Dose _____ puffs PRN every _____ hrs. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
 Symbicort (formoterol & budesonide) Strength : _____ Dose: _____ puffs every _____ min or _____ hrs. *May repeat ONCE PRN*
 Albuterol with ICS : Albuterol _____ puffs followed by Flovent _____ puffs every _____ hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 Albuterol _____ puffs followed by Qvar _____ puffs every _____ hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 Albuterol MDI _____ puffs followed by ICS (Name) _____ Strength: _____ puffs every _____ hrs
 URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: _____ Dose: _____ puffs/ _____ AMP q _____ hrs.
 Pre-exercise: Name: _____ Dose: _____ puffs/ _____ AMP 15-20 mins before exercise.

Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] Stock Parent
Provided Standing Daily Dose: _____ puff (s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
 Symbicort (provided by parent). Standing Daily Dose: _____ puff (s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
Special Instructions: _____
 Other ICS (provided by parent) Standing Daily Dose:
Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM & _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ MD DO NP PA
NYS License # _____ NPI # : _____ Signature: _____ Date: _____
Completed by Emergency Department Medical Practitioner: Yes No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)
Address: _____ E-mail address: _____
Tel: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

**FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT
INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS.**

**PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →
| REV 3/23**

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICAMENTOS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2023-2024

Por favor, entregue este formulario en la enfermería / Centro de salud 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 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 / centro de salud escolar (*School Based Health Center*, SBHC), entre los que se incluyen los inhaladores que no son de albuterol.
 - 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) y al SBHC a administrar los medicamentos de reserva para mi hijo, en caso de que el medicamento para el asma 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/SBHC 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/SBHC.
 - La orden de medicamentos de este formulario MAF vence al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero).
 - Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo. Si no es así, un proveedor de salud de la OSH/SBHC podrá examinar a mi hijo, a menos que yo entregue una carta al personal de enfermería escolar señalando que no quiero que a mi hijo lo examine un proveedor de salud de la OSH/SBHC. El proveedor de salud de la OSH/SBHC podrá evaluar los síntomas de asma de mi hijo y cómo responde al medicamento recetado para el asma. El proveedor de salud de la OSH/SBHC podrá decidir si las órdenes de medicamento seguirán siendo las mismas o si es necesario cambiarlas. El profesional médico de la OSH/SBHC puede llenar un nuevo formulario MAF de modo que mi hijo pueda seguir recibiendo servicios de salud a través de la OSH/SBHC. Mi médico o el profesional médico de la OSH/SBHC no necesitarán mi firma para redactar formularios MAF para el asma en el futuro. Si el profesional médico de la OSH/SBHC completa un nuevo formulario MAF para mi hijo, dicho proveedor intentará comunicármelo a mí y al médico de mi hijo.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para el asma aquí descritos. Este formulario no constituye un acuerdo de la OSH/SBHC para proporcionar los servicios solicitados. Si la OSH/SBHC decide proporcionar estos servicios, es posible que mi hijo también necesite un Plan de Adaptaciones para Estudiantes según la Sección 504. La escuela completará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH/SBHC también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicamentos o tratamiento. La OSH/SBHC 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 MEDICACIÓN (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/SBHC 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.

NOTA: Si decide utilizar los medicamentos disponibles, debe enviar el inhalador para el asma, la epinefrina y otros medicamentos de su hijo aprobados para autoadministración durante las excursiones escolares y los programas para después de clases, de modo que el niño los tenga a su disposición. Los medicamentos de reserva se destinan exclusivamente al uso en la escuela por el personal de la OSH.

Student Last Name: _____ First Name: _____ MI: __ Date of birth: _____

School (ATS DBN/Name): _____ Borough: _____ District: _____

Parent/Guardian Name (Print): _____ Parent/Guardian's Email: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date Signed: _____

Parent/Guardian Address: _____

Parent/Guardian Cell Phone: _____ Other Phone: _____

Other Emergency Contact Name/Relationship: _____

Other Emergency Contact Phone: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only)

School Based Health Center OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY