



# 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 2023-2024

Por favor, entregue este formulario en la enfermería/Centro de salud escolar (School-Based Health Center, SBHC).

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 from for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring   | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____     |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____Fr.      | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____Fr.  | <input type="checkbox"/> Ostomy Care   | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size ___Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2                 | <input type="checkbox"/> Other: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change   | <input type="checkbox"/> Postural Drainage                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____Fr.   | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                             |  |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* |  |  |

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: \_\_\_\_\_

**\*Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. 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 OSH/SBHC clinical staff (if present) in case of emergency or adverse reactions, 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: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS - FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT Rev 3/23

# 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 **2023-2024**  
Por favor, entregue este formulario en la enfermería / Centro de salud escolar (*School-Based Health Center, SBHC*). 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/SBHC 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/SBHC 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/SBHC de la OSH.
  - La 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/SBHC un nuevo formulario (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.
  - 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.

**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.**

## 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/SBHC 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.

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