

**MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH**  
**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**  
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ___/___/_____	School
-------------------	------------	----	-----------------------------	--------

**Autorización del padre, madre o tutor**

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así también como el almacenamiento y utilización de cualquier instrumento necesario para administrar la medicación, de acuerdo con las indicaciones del prestador del área salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluso de inhaladores distintos del Ventolin. El medicamento debe entregarse en el envase original rotulado adecuadamente por la farmacia (obtendré otro envase para que mi hijo lo utilice fuera de la escuela), el nombre en la etiqueta del medicamento recetado debe incluir el nombre y apellido del alumno, el nombre y número de teléfono de la farmacia, el nombre y apellido del profesional matriculado que recetó el medicamento, fecha y número de veces permitido para rellenar el envase, nombre del medicamento, dosis, frecuencia de administración, vía de administración y otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras deben encontrarse en el envase original del fabricante, con el nombre y apellido del alumno pegado en el envase. Entiendo que debe proveerse toda medicación en el envase del medicamento original y SIN ABRIR. Aún más, entiendo que debo notificar de inmediato a la enfermera de la escuela, de cualquier cambio en la receta o en las indicaciones que figuran más arriba.

**Entiendo que no se permitirá a ningún alumno llevar consigo o autoadministrarse sustancias reguladas.**

Entiendo que este consentimiento es válido únicamente hasta el final de las sesiones del programa educativo de verano patrocinado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), o hasta el momento en que entregue a la enfermera escolar la nueva receta o las nuevas indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo (cualquiera que ocurra primero). Mediante el presente Formulario de Administración de Medicamentos (MAF), solicito que por medio de la Oficina de Salud Escolar (OSH), el DOE y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) provean a mi hijo servicios de salud específicos. Entiendo que estos servicios pueden incluir exámenes clínicos y un chequeo médico efectuado por un prestador de la Oficina de Salud Escolar. En este Formulario de Administración de Medicamentos se incluyen amplias y completas indicaciones para los servicios de salud que se mencionaron más arriba. Entiendo que la OSH y sus funcionarios y empleados que participan de la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba, confían en la exactitud de la información que figura en este formulario. Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo del Departamento o del DOHMH para proveer los servicios solicitados, sino más bien mi petición, y autorización para dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, un Plan de Adaptaciones para Alumnos puede ser necesario también, y la escuela completará dicho plan. Entiendo que el departamento el DOHMH y sus delegados y empleados pueden comunicarse, consultar y obtener cualquier otra información que consideren adecuada con respecto a la enfermedad de mi hijo, sus medicamentos y su tratamiento, a cualquier prestador de cuidados de salud y/o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a mi hijo.

**AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: Marque con sus iniciales este párrafo para el uso de epinefrina, inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministrarse:**

\_\_\_ Por medio de la presente certifico que mi hijo ha sido instruido completamente y que es capaz de autoadministrarse el medicamento recetado. Además autorizo a mi hijo a llevar consigo, almacenar y autoadministrarse en la escuela la medicación que figura más arriba. Entiendo que soy responsable de proveer la medicación para mi hijo en envases rotulados como se describió más arriba, y del seguimiento y control del uso de mi hijo de tal medicamento, y de todas y cada una de las consecuencias que padezca mi hijo debido al uso de dicho medicamento. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo para llevar consigo y autoadministrarse el medicamento de manera responsable. También expreso mi consentimiento a proveer medicamento "de reserva" en un contenedor claramente rotulado que debe almacenarse en la sala médica, en caso de que mi hijo no cuente con suficiente medicamento a disposición para autoadministrarse.

\_\_\_ También autorizo a la enfermera escolar a almacenar y/o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.

\_\_\_ **Por medio de la presente certifico que he consultado con el prestador del área salud de mi hijo y que autorizo a la Oficina de Salud Escolar para administrar el Ventolin que tengan en su haber, en caso de que el medicamento para el asma de mi hijo no se encuentre a disposición.**

Firma del padre/madre/tutor	Nombre y apellido del padre de familia/tutor (en letra de imprenta)
Firmado el ___/___/_____	Dirección del padre/madre/tutor:
Número telefónico: Día (____) _____ - _____ Hogar (____) _____ - _____ Celular* (____) _____ - _____	
Nombre y apellido alternativo de contacto ante emergencias	Número telefónico de contacto (____) _____ - _____
<b>NO ESCRIBIR DEBAJO - PARA USO DEL DOE Y DE LA OSH ÚNICAMENTE (DO NOT WRITE BELOW - FOR DOE AND OSH ONLY)</b>	
Received by: Name _____ Date ___/___/_____	Reviewed by: Name _____ Date ___/___/_____
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___/___/_____

**MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH**  
**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**  
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year **2016-2017**

ATTACH STUDENT PHOTO HERE

<b>Student</b> Last Name	First Name	Middle	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male
			MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> Female
<b>Guardian's e-mail address</b>			OSIS Number	
<b>School (include name, number, address and borough)</b>			DOE District	Grade
				Class

The following sections to be completed by Student's HEALTH CARE PRACTITIONER

<b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____	<b>In School Instructions</b>
<b>Medication:</b> _____ Generic and/or Brand Name	<input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b>
Preparation/Concentration: _____	<input type="checkbox"/> PRN
Dose: _____ Route: _____	_____ specify signs, symptoms, or situations
<b>Select the most appropriate option for this student:</b>	<input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed.
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication	<input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<b>Conditions under which medication should not be given:</b>
<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**	
• I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribe medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small>	
<b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	

<b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____	<b>In School Instructions</b>
<b>Medication:</b> _____ Generic and/or Brand Name	<input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b>
Preparation/Concentration: _____	<input type="checkbox"/> PRN
Dose: _____ Route: _____	_____ specify signs, symptoms, or situations
<b>Select the most appropriate option for this student:</b>	<input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed.
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication	<input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<b>Conditions under which medication should not be given:</b>
<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**	
• I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small>	
<b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	

<b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____	<b>In School Instructions</b>
<b>Medication:</b> _____ Generic and/or Brand Name	<input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ am / pm and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b>
Preparation/Concentration: _____	<input type="checkbox"/> PRN
Dose: _____ Route: _____	_____ specify signs, symptoms, or situations
<b>Select the most appropriate option for this student:</b>	<input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed.
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication	<input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<b>Conditions under which medication should not be given:</b>
<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**	
• I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small>	
<b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	

<b>HOME Medications (include over-the counter)</b>	<b>For Office of School Health (OSH) Use Only</b>
	Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner.
	<input type="checkbox"/> IEP

<b>Health Care Practitioner</b> LAST NAME	FIRST NAME	(Please	Signature
Print)			
Address	Tel. No. (____)____-____	Fax. No (____)____-____	
E-mail address*	Cell phone* (____)____-____		
NYS License No (Required) ____-____-____	Medicaid No _____	NPI No. _____	Date ____/____/____

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS**