

## MEDICATION ADMINISTRATION FORM

**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	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

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

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

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

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

<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

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

# MEDICATION ADMINISTRATION FORM

**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018

## The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así como el almacenamiento y utilización de cualquier instrumento necesario para administrar la medicación, de acuerdo con las indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluyendo 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), 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 que se permite resurtir el medicamento, 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 toda medicación provista debe estar en el envase original SIN ABRIR.** Asimismo, entiendo que debo notificar de inmediato a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en la receta o 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 (lo que ocurra primero). Mediante el presente Formulario de administración de medicamentos (*Medication Administration Form*, MAF), solicito que a través 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 OSH. 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, sus delegados y empleados que participan en la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba se apoyan 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 consentimiento para dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, un Plan de Adaptaciones para Estudiantes también puede ser necesario, 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, de cualquier prestador de cuidados de salud o farmacéutico que haya brindado 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:**

<u>INICIALES</u>	Por 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 a mi hijo de la medicación en envases rotulados como se describió más arriba, 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.				
<u>INICIALES</u>	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.				
<b>Estudiante</b>	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
<b>Nombre y apellido de uno de los padres/tutor (en letra imprenta)</b>			<b>Firma de uno de los padres/tutor</b>		
Dirección de uno de los padres/tutor:			Fecha en que se firma		
Teléfonos	De día	Hogar	Celular		
Correo electrónico de uno de los padres/tutor					
Nombre y apellido de contacto alternativo ante emergencias			Teléfono de contacto		



### FOR Office of School Health (OSH) USE:

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