

**Parent must complete and SIGN reverse side of this Medication Form and submit to nurse along with a current photograph attached to upper left corner.**

<b>MEDICATION ADMINISTRATION FORM</b> <b>Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2009–2010</b>	Student's Name ( <i>Last, First, Middle</i> )		Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Date of Birth	I.D. Number
	DOE Region/District	School (PS, IS, etc. and Name)		Grade	Class
	School Address				Zip Code

<b>Physician's Order</b>	<b>Check Medication and Order Type</b>	<b>Instructions for lack of improvement or adverse reaction</b>	<b>Choose all that are appropriate</b>
<p><b>1. Diagnosis</b>    <b>ASTHMA</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>SEVERITY:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intermittent                      <input type="checkbox"/> Moderate Persistent*</p> <p><input type="checkbox"/> Mild Persistent*                      <input type="checkbox"/> Severe Persistent*</p> <p><input type="checkbox"/> Exercise Induced</p> <p>*National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma.</p> <p><b>INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.</b></p>	<p><i>Stock supply only available for Ventolin HFA. (see back)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ventolin HFA (may be provided by school for shared usage).</p> <p><input type="checkbox"/> Other HFA _____ (to be provided by parent).</p> <p style="text-align: center;"><b>ORDER TYPE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Standard order.</b> 2 puffs q 4 hrs. via MDI and spacer prn cough, wheeze, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath. May repeat in 15 mins x 2 if no improvement (3 total).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pre exercise.</b> 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>URI or recent asthma flare</b> (within 3 days). 2 puffs @ noon via MDI inhaler and spacer for 3-5 days.</p>	<p>If improved, but not enough to return to class, call parent. If significant respiratory distress persists, call 911 and notify parent and PMD. May provide additional puffs as needed until EMS arrives.</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication and may self-administer. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>

<p><b>2. Diagnosis</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <p>_____</p> <p>Dose/Route</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication.</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____</p> <p style="text-align: center;">----- <b>AND/OR</b> -----</p> <p><input type="checkbox"/> prn _____</p> <p style="text-align: center;"><i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Time interval: q ____ hours as needed</p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ hr/mins, max ____ times</p>	<p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></p> <p>NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>
--	--	---	--

<p><b>3. Diagnosis</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <p>_____</p> <p>Dose/Route</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication.</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____</p> <p style="text-align: center;">----- <b>AND/OR</b> -----</p> <p><input type="checkbox"/> prn _____</p> <p style="text-align: center;"><i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Time interval: q ____ hours as needed</p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ hr/mins, max ____ times</p>	<p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></p> <p>NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>
--	--	---	--

<b>List medication(s) student takes at home and at what time:</b>	Health Care Practitioner (HCP) Name (PLEASE PRINT)		HCP Signature		<b>FOR DOHMH USE:</b> Revisions per DOHMH after consultation with prescribing provider
	HCP/Clinic Address				
	HCP/Clinic Tel. No.	HCP/Clinic Fax No.	NYS Registration No. (Required)	Date	

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

**FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (MAF): CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN  
2009-2010**

Por la presente, autorizo el almacenamiento y la administración de medicamentos, así como también, el almacenamiento y el uso del equipo necesario para la administración de dichos medicamentos, según las instrucciones del médico de mi hijo. Tengo entendido que le debo entregar a la escuela los medicamentos y el equipo necesario para administrarlos, entre ellos inhaladores que no sean de la marca *Ventolin*. Los medicamentos deben estar en el envase original suministrado por la farmacia, con la correspondiente etiqueta (deberé obtener otro envase similar para el uso fuera de la escuela); la etiqueta del medicamento recetado deberá incluir el nombre del estudiante, el nombre y el número telefónico de la farmacia, el nombre del profesional con licencia que recetó el medicamento, la fecha y el número de recargas, el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia de administración, la vía de administración u otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras de medicamentos deberán estar en el envase original del fabricante, con el nombre del estudiante en el envase. Entiendo que si yo proporciono un inhalador para el asma, debe estar en su caja original, SIN ABRIR. Además, tengo entendido que deberé comunicar inmediatamente al director o a su(s) representante(s), especialmente al enfermero escolar, cualquier cambio que se produzca en la receta médica o en las instrucciones mencionadas más arriba.

Tengo entendido que ningún estudiante está autorizado a llevar ni administrarse a sí mismo sustancias controladas.

Entiendo que esta autorización sólo es válida hasta lo que ocurra primero: (1) el 30 de junio de 2010 (esta receta se puede extender hasta el mes de agosto si el estudiante asiste al programa de escuela de verano auspiciado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, de ahora en adelante el "Departamento"); o (2) el momento en que yo le entregue al director o a su(s) representante(s) y al enfermero una nueva receta o las instrucciones suministradas por el médico de mi hijo que expliquen la administración del medicamento recetado que se menciona anteriormente. Al presentar este MAF, estoy solicitando que el "Departamento" y el Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Nueva York le presten a mi hijo servicios médicos específicos a través de la Oficina de Salud Escolar (OSH, por sus siglas en inglés). Entiendo que parte de estos servicios puede implicar una evaluación por un médico de la OSH en lo concerniente a la forma en que mi hijo responde al medicamento prescrito. En este formulario MAF se encuentra toda la información e instrucciones completas para la prestación de los servicios médicos mencionados anteriormente. Tengo entendido que el Departamento, el DOHMH y sus funcionarios y los empleados relacionados con la prestación de los servicios, confían en la exactitud de la información incluida en este formulario. Es mi intención que mi hijo reciba los servicios médicos conforme a la información y a las instrucciones que aparecen en este MAF. Tengo entendido igualmente que el Departamento, el DOHMH y sus funcionarios no son responsables de ninguna reacción adversa que pudieran provocar los medicamentos.

Reconozco que este formulario no constituye un contrato con el Departamento ni el DOHMH para la prestación de los servicios requeridos sino, al contrario, mi solicitud, consentimiento y autorización para la prestación de dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, es posible que también sea necesario presentar un Plan de adaptaciones para el estudiante, que será completado por la escuela.

Por la presente, autorizo al Departamento, el DOHMH y sus empleados y representantes a comunicarse con el proveedor y el farmacéutico que han prestado servicios médicos o de salud a mi hijo, consultar con dichos proveedores y obtener todo tipo de información adicional que ellos consideren necesaria relacionada con la condición médica, los medicamentos o el tratamiento de mi hijo.

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR CUENTA PROPIA: coloque sus iniciales en este párrafo relacionado con el uso de un estuche para reacciones anafilácticas *Epi-Pen*, un inhalador contra el asma u otros medicamentos aprobados para administrarse por cuenta propia del paciente):**

\_\_\_\_\_ Por la presente certifico que mi hijo ha recibido instrucciones completas y está capacitado para administrarse el medicamento recetado. Además, autorizo a mi hijo a llevar a la escuela, conservar consigo y administrarse el medicamento recetado que se menciona anteriormente. Reconozco que soy responsable de entregar a mi hijo los medicamentos necesarios descritos anteriormente en envases con la etiqueta correspondiente y controlar el uso de dichos medicamentos, como así también de las consecuencias por el uso de dicho medicamento en la escuela por parte de mi hijo. Autorizo también al Departamento, al DOHMH, a sus representantes y empleados, incluyendo al director, su(s) representante(s), enfermero escolar y maestros de mi hijo, a administrar dicho medicamento según las instrucciones del médico de mi hijo en caso de que, temporalmente, mi hijo no pueda administrarse dichos medicamentos por su cuenta. Tengo entendido que el enfermero escolar verificará la capacidad de mi hijo para conservar consigo y administrarse los medicamentos en forma responsable dentro de la escuela. Además, acepto llevar medicamentos "de repuesto" en un envase que lleve una etiqueta clara para poder conservarlos en la enfermería, en caso de que mi hijo no tenga medicamentos suficientes para administrárselos por su cuenta.

\_\_\_\_\_ Autorizo también al director, su(s) representante(s) y enfermero escolar a administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que, temporalmente, mi hijo sea temporalmente incapaz de conservar consigo y administrarse dichos medicamentos por su cuenta.

\_\_\_\_\_ Por la presente certifico que he consultado con el proveedor de cuidados de salud para mi hijo y que autorizo a la Oficina de Salud Escolar para que administre inhaladores de la marca *Ventolin* a la mano en caso de que los medicamentos recetados de mi hijo no se encuentren disponibles.

Escriba en letra de imprenta el nombre, el apellido y el domicilio de uno de los padres o tutores a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o tutores

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
N.º de teléfono durante el día

\_\_\_\_\_  
N.º de teléfono del hogar

\_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL DOE/DOHMH)  
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)**

Student's Name: \_\_\_\_\_

OSIS No: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_  
Name Date

Reviewed by: \_\_\_\_\_  
Name Date

Referred to School 504 Coordinator  Yes  No

Self-Administers/Self-Carries:  Yes  No

Services provided by:  Nurse  DOHMH Public Health Adv.

School Based Health Center  DOE School Staff

Signature and Title: \_\_\_\_\_  
(RN OR MD)

\_\_\_\_\_  
(Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)