

(PARA USO EXCLUSIVO DEL DOE)  
FOR DOE/DOHMH USE:

504  IEP  OTHER

**SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA (SIN MEDICAMENTOS)**  
**AÑO ESCOLAR 2009-2010**

Nombre del estudiante: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Masc.: \_\_\_\_\_ Fem.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ N.º de identificación (I.D. #): \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Domicilio de la escuela: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Part I: Physician's Statement/Order**

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

**Clean Intermittent Catheterization**  
**Central Venous Line**  
**Gastrostomy Feeding**  
**Naso-Gastric Feeding**

**Tracheostomy Care**  
**Oral/Pharyngeal Suctioning**  
**Oxygen Administration**  
**Ostomy Care**

**Chest Clapping**  
**Percussion**  
**Postural Drainage**  
**Dressing Change**

**Other** \_\_\_\_\_

1. Diagnosis \_\_\_\_\_

2. Treatment required in school \_\_\_\_\_

3. Specific instructions for providing treatment \_\_\_\_\_

4. Frequency/time to be provided \_\_\_\_\_

5. Conditions under which treatment should not be provided \_\_\_\_\_

6. Date(s) when treatment should be initiated \_\_\_\_\_ terminated \_\_\_\_\_

7. Possible side effects/adverse reactions to treatment \_\_\_\_\_

8. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions \_\_\_\_\_

9. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions \_\_\_\_\_

10. Diagnosis is substantially controlled with provision of medically prescribed treatment Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11. Diagnosis is self-limited Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Physician's Name (Print) \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician/Clinic's Address \_\_\_\_\_

NYS Registration No. \_\_\_\_\_

Date Signed \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Physician/Clinic's Telephone No. \_\_\_\_\_

Physician/Clinic's Fax No. \_\_\_\_\_

(PARA USO EXCLUSIVO DEL DOE/DOM) FOR DOE/DOHMH USE: Revisions as per DOE/DOHMH contact with prescribing physician

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**  
**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES O TUTORES**  
**2009-2010**

Por la presente, autorizo la administración de tratamientos bajo prescripción médica según las instrucciones adjuntas del médico de mi hijo. Tengo entendido que deberé proporcionar todos los equipos y suministros necesarios, y 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 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 a un programa de enseñanza 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 le entregue al director o a su(s) representante(s) una nueva receta o las instrucciones suministradas por el médico de mi hijo relacionadas con la administración del tratamiento mencionado anteriormente.

Al presentar este formulario de administración de tratamiento bajo prescripción médica (sin medicamentos), 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 proporcionen a mi hijo servicios específicos de salud a través de la Oficina de Salud Escolar ("OSH", por sus siglas en inglés). En este formulario se incluyen toda la información e instrucciones completas para la prestación de los servicios de salud mencionados anteriormente. Tengo entendido que el Departamento, el DOHMH y sus agentes y los empleados relacionados con la prestación de los servicios mencionados anteriormente confían en la exactitud de la información y las instrucciones proporcionadas en este formulario. Es mi intención que mi hijo reciba los servicios de salud conforme a la información y a las instrucciones proporcionadas en este formulario. Tengo entendido que es mi responsabilidad entregar todos los equipos y los suministros necesarios para la administración del tratamiento bajo prescripción médica (sin medicamentos) que se menciona más arriba.

Reconozco que este formulario no constituye un contrato con el Departamento o el DOHMH para proporcionar los servicios requeridos sino 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, o el DOHMH y sus empleados y agentes a contactar, consultar al proveedor de servicios de salud o al farmacéutico y a obtener cualquier otra información que consideren necesaria relacionada con la condición médica, los fármacos o el tratamiento de mi hijo.

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

\_\_\_\_\_  
Nº de teléfono durante el día

\_\_\_\_\_  
Nº de teléfono del hogar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Student's Name: _____		OSIS No: _____	
Received by: _____	_____	Reviewed by: _____	_____
Name	Date	Name	Date
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Adv. <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> DOE School Staff			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title: _____		_____	
(RN OR MD)		(Date school notified and form forwarded to DOE liaison)	