

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM—Office of School Health—School Year _____ - _____

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____	Date of Birth ____ / ____ / ____ M M D D Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Attach Student Photo To This Sheet	OSIS # _____ DOE District ____ Grade _____
School Name, Number, Address, and Borough: _____	

The Following Section Completed By Student's HEALTH CARE PRACTITIONERS

Diagnosis

Asthma

Control (see NAEPP Guidelines)

Well Controlled
 Not Controlled
 Unknown

Severity (see NAEPP Guidelines)

Intermittent
 Mild Persistent
 Moderate Persistent
 Severe Persistent

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Received oral steroids within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last : ____ / ____ / ____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Quick Relief In-School Medication (Select ONE)

Albuterol MDI [*Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer):*]
[Parent must sign back]
 MDI w/ spacer
 DPI

Other: Name: _____ Strength: _____
 Dose: _____ Route: _____ Time Interval: _____ hrs

In-School Instructions

Standard Order: Give 2 puffs/1 AMP q 4 hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath ("asthma flare symptoms"). Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat **ONCE**.
If in Respiratory Distress*: Call 911 and give 6 puffs/1AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

Pre-exercise: 2 puffs/1 AMP 15-20 mins before exercise.
 URI Symptoms or Recent Asthma Flare (within 5 days): 2 puffs/1 AMP @ noon for 5 days.

Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

Fluticasone MDI [*Flovent® 110 mcg MDI can be provide by school for shared usage):* **[Parent must sign back]**
 MDI w/ spacer
 DPI

Other: Name: _____ Strength: _____
 Dose: _____ Route: _____ Time Interval: _____ hrs

Standing Daily Dose:

_____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM or ____ PM
 Special Instructions: _____

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- Supervised Student: student self-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry / self-administer (**Parent Initials Back)

Practitioner Initials

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.

Home Medications (include over the counter)

Reliever _____
 Controller _____
 Other _____

Health Care Practitioner Last Name _____ First Name _____ (Please Print)	Signature _____	Date ____ / ____ / ____
Address _____	Tel. (____) _____	Fax (____) _____ NPI # _____
Email Address _____	NYS License # (Required) _____	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM
Asthma Provider Medication Order—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 escolar 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 y 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 30 días antes de la mencionada fecha de vencimiento del formulario MAF, un prestador de servicios de salud de la OSH podría examinar a mi hijo para evaluar sus síntomas de asma y cómo responde a la medicación recetada y llenar a su vez un nuevo formulario MAF. Si el prestador de servicios de salud de la OSH determina que no se necesitan cambios en el formulario MAF, dicho prestador de servicios podrá llenar un nuevo formulario MAF con las mismas indicaciones que vencerá al año a menos que el prestador de servicios de salud de mi hijo emita un nuevo formulario MAF. Si el prestador de servicios de salud de la OSH determina, basándose en un examen de mi hijo y en la historia clínica pertinente, que deben cambiarse las indicaciones en el formulario MAF, dicho prestador de servicios podrá llenar un nuevo formulario MAF con indicaciones distintas. Yo, junto con el prestador de servicios de salud de mi hijo oficial, seremos notificados de la expedición de un nuevo formulario MAF y de cualquier cambio en las indicaciones del MAF. Además entiendo que tendré hasta 30 días antes del vencimiento de este formulario MAF para presentar uno nuevo, o para elevar una objeción al examen por escrito ante la enfermera escolar. Si no presento un nuevo formulario MAF a la enfermera escolar, o le notifico por escrito que me opongo a que un prestador de servicios de salud de la OSH examine a mi hijo antes del vencimiento del plazo, mi hijo puede ser examinado y puede llenarse un nuevo formulario MAF. Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo de la OSH y el DOE para brindar 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 la OSH y el DOE 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 o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.
------------------	---

<u>INICIALES</u>	Por la presente certifico que he consultado con el prestador de servicios de salud de mi hijo y que autorizo a la Oficina de Salud Escolar a administrar medicación disponible en la escuela en caso de que el medicamento para el asma de mi hijo no esté disponible.
------------------	--

Debe enviar el inhalador dosificador (*Metered Dose Inhaler, MDI*) personal con su hijo a cualquier excursión escolar para que lo tenga a su disposición. El medicamento disponible en la escuela se utiliza únicamente cuando los alumnos se encuentran en la dependencia escolar.

**FIRME
AQUÍ**

Estudiante Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
---------------------	--------	----------------------------	---------------------	---------

Nombre y apellido de uno de los padres/tutor (en letra imprenta)	Firma de uno de los padres/tutor
--	----------------------------------

Fecha en que se firma	Dirección de uno de los padres/tutor:
-----------------------	---------------------------------------

Celular	Otro teléfono	Correo electrónico
---------	---------------	--------------------

Nombre y apellido de contacto alternativo ante emergencias	Teléfono de contacto de emergencia
--	------------------------------------

FOR Office of School Health (OSH) USE:

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
-------------------	------	-------------------	------

Self-Administers/Self-Carries: Supervised Student*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Services Provided By	<input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> School-Based Health Center	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor* <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager*
---	--	----------------------	---	--

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	<input type="checkbox"/> IEP
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner:	

*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthing words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.

FAX COMPLETED FORMS TO 347-396-8945