

ASTHMA
MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016–2017

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 de servicios de salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluso de inhaladores fuera de stock. 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), 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 formulario MAF 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 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 luego de la fecha de vencimiento del formulario MAF, un prestador de servicios de salud de la Oficina de Salud Escolar puede examinar a mi hijo para evaluar sus síntomas de asma y su respuesta a la medicación prescrita y puede llenar un nuevo formulario MAF. Si el prestador de servicios de salud de la oficina OSH determina que no se necesitan cambios en el formulario MAF, dicho prestador de servicios llenará un nuevo formulario MAF con las mismas indicaciones que vencerá al año, a menos que el prestador de servicios de salud de mi hijo dé un nuevo formulario MAF. Si el médico de la oficina OSH basándose en un examen de mi hijo y en la historia clínica pertinente determina que deben cambiarse las indicaciones en el formulario MAF, dicho prestador de servicios llenará un nuevo formulario MAF con indicaciones distintas que vencerá al año, a menos que el médico de mi hijo dé un nuevo formulario MAF. 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 formulario 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, a la enfermera escolar. Si no presento un nuevo formulario MAF a la enfermera escolar, o le notifico por escrito que protesto a que un prestador de servicios de salud de la Oficina de Salud Escolar 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 oficina OSH y del DOE 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 Alumnos puede ser necesario también, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que la oficina OSH y el departamento 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, 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 medicación para el asma que tengan en su haber, en caso de que el medicamento para el asma de mi hijo no se encuentre a disposición.**

Debe enviar el inhalador de dosis personal medida (MDI) con su hijo a cualquier excursión escolar para que lo tenga a su disposición. La medicación para el asma de stock que se guarda en la escuela se utiliza cuando los alumnos se encuentran en la dependencia escolar únicamente.

Firma del padre/madre/tutor	Nombre y apellido del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)
Firmado el ____/____/____	Dirección del padre/madre/tutor:
Número telefónico: Día (____) ____ - ____ Hogar (____) ____ - ____ Celular* (____) ____ - ____	
Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor*	
Nombre y apellido alternativo de contacto ante emergencias	Número telefónico de contacto (____) ____ - ____
NO ESCRIBIR DEBAJO - PARA USO DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR ÚNICAMENTE (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name _____ Date ____/____/____	Reviewed by: Name _____ Date ____/____/____
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):	

ASTHMA

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade

THE FOLLOWING SECTIONS ARE TO BE COMPLETED BY STUDENT'S HEALTH CARE PRACTITIONER

Diagnosis	Select Asthma Severity and Control				
<input type="checkbox"/> Asthma	Severity:	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Mild Persistent	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Severe Persistent
Other:	Control:	<input type="checkbox"/> Well-controlled		<input type="checkbox"/> Poorly Controlled (includes Not Controlled category)	

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 asthma-related:
History of life-threatening asthma (e.g., with loss of consciousness or with hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	PICU admissions (ever) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Received oral steroids within past 12 months: ____ times	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	ER visits within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Date last oral steroids received: ____/____/____				Hospitalizations within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
History of food allergy, eczema, specify _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Select In School ASTHMA Medications	In School Instructions
1. Quick Relief Medications Choose ONLY one: <input type="checkbox"/> Albuterol [Ventolin® can be provided by school for shared usage (plus individual spacer): see back]. <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Other Medication Order: Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs Instructions:	<input type="checkbox"/> Standard Order: Give 2 inhalations q 4 hours PRN for coughing, wheezing, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath ("Asthma Flare Symptoms"). Monitor for 20 minutes or until symptom-free. If not symptom-free after 20 minutes may repeat ONCE <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> If in Respiratory distress*: call 911 and give 6 inhalations ; then may repeat 6 inhalations q 20 minutes until EMS arrives. <input type="checkbox"/> Pre-exercise: give 2 inhalations 15 -20 minutes before exercise. <input type="checkbox"/> URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days): give 2 inhalations @ noon for 5 days.

2. Controller Medications for In-School Administration <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> <u>SPECIFY Name(s) of medication</u> <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid (ICS): _____ Strength _____ <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Other: _____ Strength _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____	<input type="checkbox"/> Standing daily dose: ____ inhalations <u>once a day</u> at ____ AM OR ____ PM OR ____ inhalations <u>twice a day</u> at ____ AM and ____ PM <u>Special Instructions:</u>
--	--

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:**

* I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____
practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP
	*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, talking in words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature	Date ____/____/____
Address	Tel. (____)____-____		Fax. (____)____-____	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____		NPI # _____	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS