

**REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)**

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

**INFORMACIÓN INCOMPLETA DEL MÉDICO, DEMORARÁ LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INDICACIONES PARA LOS MEDICAMENTOS****Autorización del padre, madre o tutor**

Por medio de la presente autorizo la prestación del tratamiento médico recetado de acuerdo con las indicaciones adjuntas del médico de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad suministrar todo el equipo y los instrumentos necesarios para la prestación del tratamiento requerido, y que debo notificar de inmediato a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en la receta o en las indicaciones que figuran más arriba.

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 médico de mi hijo con respecto a la administración del control y tratamiento que figura más arriba (cualquiera que ocurra primero).

Al presentar este Formulario de Solicitud de Prestación de Tratamiento Médico Recetado (no de medicamentos), solicito que por medio de la Oficina de Salud Escolar, el Departamento y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) provean a mi hijo servicios de salud específicos. En este formulario se incluyen indicaciones completas para la prestación de los servicios de salud que se mencionan más arriba. Entiendo que el Departamento, el DOHMH y sus delegados y empleados que participan de la prestación de los servicios de salud que se peticionan más arriba, confían 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, consentimiento y autorización 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 el Departamento o 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, a cualquier prestador de cuidados de salud y/o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a mi hijo.

**\*\*AUTOADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO: Escriba sus iniciales en este párrafo para los tratamientos prescritos que se autoadministre el alumno**

\_\_\_\_ Por medio de la presente certifico que mi hijo ha sido instruido completamente y que es capaz de autoadministrarse el tratamiento recetado. Además autorizo a mi hijo a autoadministrarse en la escuela el tratamiento que figura más arriba. Entiendo que soy responsable de proveer a mi hijo los instrumentos en envases rotulados como se describió más arriba. También soy responsable del seguimiento y del control del uso de mi hijo del tratamiento, y de todas y cada una de las consecuencias que padezca mi hijo debido a la autoadministración del tratamiento en la escuela. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo para autoadministrarse el tratamiento de manera responsable. También expreso mi consentimiento a proveer instrumentos y suministros "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 para autoadministrarse.

\_\_\_\_ También autorizo a la enfermera escolar a almacenar instrumentos y suministros, y/o administrar tratamiento a mi hijo en caso de que sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse el tratamiento.

<b>Firma del padre/madre/tutor</b>	<b>Nombre y apellido del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)</b>
Firmado el ____/____/____	<b>Dirección del padre/madre/tutor:</b>
Número telefónico: Día (____) ____ - ____ Hogar (____) ____ - ____ Celular* (____) ____ - ____	
<b>Nombre y apellido alternativo de contacto ante emergencias</b>	<b>Número telefónico alternativo de contacto (____) ____ - ____</b>

<b>NO ESCRIBIR DEBAJO - PARA USO DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR ÚNICAMENTE (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)</b>			
<b>Student</b> Last Name	First Name	MI	OSIS No: _____
<b>Received by:</b> Name	Date ____/____/____	<b>Reviewed by:</b> Name	Date ____/____/____
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	<b>Referred to School 504 Coordinator:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Services provided by:</b> <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center			
<b>Self-Directs Treatment:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Signature and Title (RN OR SMD):</b>		<b>Date School Notified &amp; Form Sent to DOE Liaison</b> ____/____/____	
FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.			

**REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)**

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
					MM DD YYYY _____	
	Guardian e-mail address*			OSIS Number _____		
School (include name, number, address and borough)				DOE District	Grade	Class
				_____	_____	_____

**Health Care Practitioner's Statement/Order**

**ONE ORDER PER FORM** (make copies of this form for additional orders)

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization Cath. Size _____  | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____       | <input type="checkbox"/> Ostomy Care       |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line  | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____        | <input type="checkbox"/> Chest Clapping    |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion        |
| <input type="checkbox"/> FeedingTube replacement if dislodged - specify in area below   | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration                     | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding   | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                 | <input type="checkbox"/> Dressing Change   |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding   | <input type="checkbox"/> Other: _____                              |  |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning   |  |  |

Student will also require treatment:  during transport  on school-sponsored trips  during afterschool programs

**Select the most appropriate option for this student:**

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Independent Student: student is self-carry/self-administer (**NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES**): PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE
- I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events \_\_\_\_\_
- Practitioner's initials

1. Diagnosis Enter ICD Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

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

Diagnosis is self-limited  Yes  No

2. Treatment required in school:

Feeding: \_\_\_\_\_

Formula Name	Concentration	Route	Amount/Rate	Duration	Frequency/specific time(s) of administration
--------------	---------------	-------	-------------	----------	--

Oxygen administration: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  prn  O2 Sat < \_\_\_\_\_%

Amount (L)	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
------------	-------	--	------------------

Other Treatment: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Treatment Name	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
----------------	-------	--	------------------

Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

7. Date(s) when treatment should be: Initiated \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ terminated \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

\*Confidential information should not be sent by e-mail.