

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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

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

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

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

* Please note that parent prepared feeding or nurse prepared feeding, i.e. mixing powder with water, must receive approval from the Director/Deputy Director of Nursing

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer: **PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

_____ Practitioner's initials	I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events
---	--

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: _____ _____ prn _____

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 ___/___/___

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

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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— 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 a 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 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 prestados de servicios de salud de mi hijo con respecto a la administración del control y tratamiento que figuran más arriba (lo que ocurra primero).

Al presentar este Formulario de solicitud de prestación de tratamiento médico recetado (sin medicamentos), 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. En este formulario se incluyen indicaciones completas para la prestación de los servicios de salud que se mencionan más arriba. Entiendo que el DOE, el DOHMH y sus delegados y empleados que participan en la prestación de los servicios de salud arriba solicitados se apoyan en la exactitud de la información que figura en este formulario.

Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo del DOE o el 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 Estudiantes también puede ser necesario, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que el DOE 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 o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a mi hijo.

****AUTOADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO:**

Marque sus iniciales en este párrafo para los tratamientos prescritos que se autoadministre el alumno

INICIALES 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 señalado anteriormente. Entiendo que soy responsable de proveer a mi hijo de dicho equipo en envases rotulados tal como se describió anteriormente, y del seguimiento y control del uso de mi hijo del tratamiento en cuestión, de todas y cada una de las consecuencias del autotratamiento de mi hijo en la escuela. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo de tratarse por su cuenta de manera responsable. Asimismo, 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.

INICIALES Autorizo a la enfermera escolar a almacenar instrumentos y suministros o administrar tratamiento a mi hijo en caso de que sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse el tratamiento.

**FIRME
AQUÍ**

*Las mezclas alimenticias preparadas por los padres o el enfermero (p. ej., mezcla de polvo y agua) deberán contar con la aprobación del director o subdirector de enfermería.

Nombre y apellido uno de los padres/tutor (en letra imprenta)		Firma de uno de los padres/tutor	
Dirección de uno de los padres/tutor:		Fecha en que se firma	
Teléfonos	De día	Hogar	Celular
Correo electrónico de uno de los padres/tutor			
Nombre y apellido de contacto alternativo ante emergencias		Teléfono de contacto	

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

Student Last Name	First Name	MI	OSIS No.
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <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			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title (RN OR SMD)		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	

FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.