

Attach student photo here

# ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year 2018-2019

**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year**

<b>Student</b> Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____		Weight _____ kg		
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
			Class	

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment Date ____/____/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of allergy testing? <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Comments:	

### Select In School Medications

#### 1. SEVERE REACTION

- CALL 911, Immediately administer:
- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for the following symptoms:
  - Shortness of breath, wheezing, or coughing
  - Pale or bluish skin color
  - Weak pulse
  - Many hives or redness over body
  - Fainting or dizziness
  - Tight or hoarse throat
  - Trouble breathing or swallowing
  - Lip or tongue swelling that bothers breathing
  - Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
  - Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Other: \_\_\_\_\_
- If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_  
Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**
- If no improvement, or if symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

<b>Student Skill Level</b> (select the most appropriate option)	<input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer	<input type="text"/>	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
	<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		
	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer		

#### 2. MILD REACTION:

- Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_  
Frequency:  Q4 hours or  Q6 hours as needed for the following symptoms:
  - Itchy nose, sneezing, itchy mouth
  - A few hives
  - Mild stomach nausea or discomfort
  - Other: \_\_\_\_\_
- If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine.

<b>Student Skill Level</b> (select the most appropriate option)	<input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse must administer	<input type="text"/>	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
	<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		
	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer		

#### 3. OTHER MEDICATION (e.g., inhaler/bronchodilator if child has asthma):

- Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q \_\_\_\_\_  minutes  hours as needed
- Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_
- If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_
- Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

<b>Student Skill Level</b> (select the most appropriate option)	<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer	<input type="text"/>	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
	<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		
	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer		

### Home Medications (include over-the counter)

<b>Health Care Practitioner Name</b> LAST	FIRST	Signature	Date ____/____/____
(Please Print)			
Address		Tel. (____) ____ - ____	Fax. (____) ____ - ____
NYS License # (Required)	NPI #		

# FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ALERGIAS/ANAFILAXIS

Formulario para orden de medicamento del proveedor | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2018-2019

Fecha límite de entrega: 15 de julio. Los formularios enviados después del 15 de julio podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

## LOS PADRES/TUTORES DEBERÁN LLENAR LO SIGUIENTE

### Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

1. Autorizo que se guarde la medicina de mi hijo en la escuela y que la misma se le administre en la escuela según las indicaciones del médico particular del niño. También autorizo el uso de los equipos que sean necesarios para guardar y usar la medicina de mi hijo en la escuela.
2. Comprendo que:
  - Debo entregarle las medicinas y equipos a la enfermería escolar. Haré lo posible por entregarle a la escuela inyecciones de epinefrina con aguja retráctil.
  - **Todos los medicamentos con y sin receta que yo entregue a la escuela deben ser nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original.** Conseguiré otra reserva de medicamento para que mi hijo lo use cuando esté fuera de la escuela o en una excursión escolar.
    - Las medicinas con receta deberán tener la etiqueta original de la farmacia en la caja o frasco. La etiqueta deberá incluir: 1) el nombre de mi hijo, 2) nombre y teléfono de la farmacia, 3) el nombre del médico de mi hijo, 4) fecha, 5) número de pedidos adicionales en la farmacia, 6) nombre de la medicina, 7) dosis, 8) cuándo tomar la medicina, 9) cómo tomar la medicina y 10) cualquier otra indicación de uso.
  - Debo avisarle **inmediatamente** a la enfermería escolar si surge algún cambio en el medicamento de mi hijo o las instrucciones del médico.
  - La oficina de OSH y demás representantes que suministran a mi hijo los servicios de salud antes mencionados confían en la exactitud de la información presentada en este formulario.
  - Al firmar este formulario de administración de medicamento (MAF) la Oficina de Salud Escolar (OSH) podrá ofrecerle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios podrán incluir exámenes clínicos y un chequeo médico efectuado por un prestador de la OSH o enfermero(a).
  - La orden de medicamento contenida en este formulario expira al final del año escolar de mi hijo incluyendo la sesión de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario (lo que suceda primero).
  - El presente formulario de autorización representa mi consentimiento y solicitud de servicios descritos. El mismo no constituye un acuerdo de la oficina de OSH para suministrar los servicios solicitados. Si la oficina de OSH decide proveer estos servicios, mi hijo podría también necesitar un Plan de Adaptaciones para Estudiantes. Este plan será tramitado por la escuela.
  - La oficina de OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre la condición médica, medicamentos y tratamiento de mi hijo. La oficina de OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier prestador de servicios de salud, enfermero(a) o farmacéutico que le hubiese prestado servicios de salud a mi hijo.
  - Si no hay personal de enfermería disponible en la escuela, podrían avisarme para que venga a la escuela a suministrarle la medicina a mi hijo.

### AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Certifico y confirmo que mi hijo está totalmente entrenado y puede tomarse su propio medicamento sin ayuda. Doy permiso para que mi hijo lleve consigo, guarde y se tome su medicina recetada por sí mismo en la escuela. Soy responsable de entregarle a mi hijo esta medicina ya sea en frascos o cajas según se describe anteriormente. También soy responsable de supervisar el uso del medicamento de mi hijo y de todos los efectos resultantes por el uso de mi hijo de esta medicina en la escuela. El personal de enfermería se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de portar y tomarse su propia medicina por sí solo. También convengo entregarle a la escuela medicina de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo que el personal de enfermería escolar o el personal escolar entrenado le de la medicina a mi hijo si el niño está temporalmente incapacitado para llevarla consigo o tomársela por sí solo.
- Por la presente confirmo y certifico que he verificado con el médico de mi hijo y autorizo a la Oficina de Salud Escolar para suministrar la medicina que tengan a disposición en caso de que el medicamento para el asma o epinefrina de mi hijo no esté disponible.

**NOTA: Si decide utilizar la medicina disponible en la escuela, deberá enviar la epinefrina de su hijo, el inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministración durante las excursiones escolares y/o los programas para después de clases, para que el niño los tenga a su disposición. La medicina disponible en la escuela es para el uso exclusivo del personal de OSH en la escuela.**

Apellido del estudiante	Primer nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre y apellido del padre/tutor en letra de imprenta			<b>FIRME AQUÍ</b> → Firma del padre/tutor	
Fecha en que se firma	Correo electrónico del padre/tutor		Dirección del padre/tutor	
Teléfono: En el día		Casa	Celular:	
Nombre y apellido del contacto alternativo para emergencias			Teléfono del contacto	

### For Office of School Health (OSH) Use Only / Para uso exclusivo de la Oficina de Salud Escolar (OSH)

OSIS Number:			
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/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR SMD):		(For supervised students only)	
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison			
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

\*La información de carácter confidencial no debe enviarse por correo electrónico.