

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM | Office of School Health | School Year 2018-2019

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Date of Birth ____/____/____
M M D D Y Y Y Y Male Female

OSIS # _____ DOE District ____ Grade/Class _____

School Name, Number, Address, and Borough:

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis

- Asthma
 Other: _____

Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled
 Not Controlled / Poorly 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 Y N U
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) Y N U
History of asthma-related PICU admissions (ever) Y N U
Received oral steroids within past 12 months Y N U _____ times last : ____/____/____
History of asthma-related ER visits within past 12 months Y N U _____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months Y N U _____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____ Y N U

Student Skill Level (Select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer

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 _____

Quick Relief In-School Medication (Select ONE)

- Albuterol MDI**
[Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer)]:
 MDI w/ spacer
 DPI
 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

In-School Instructions (Check all that apply)

- 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/1 AMP; 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 provided by school for shared usage]:
 MDI w/ spacer
 DPI
 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

Standing Daily Dose:

____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM

Special Instructions:

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

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

Formulario para orden de medicamento del proveedor para el asma | 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 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, incluyendo inhaladores que no son Ventolin.
 - **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 de 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 o un chequeo médico efectuado por un prestador de 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).
 - Cuando esta orden de medicamento expire, le entregaré al personal de enfermería de mi hijo un nuevo formulario de MAF emitido por el médico de mi hijo. Si no es así, un proveedor de salud de OSH podrá examinar a mi hijo, a menos que yo entregue una carta al personal de enfermería escolar señalando que no quiero que a mi hijo lo examine un proveedor de salud de OSH. El proveedor de salud de OSH podría evaluar los síntomas de asma de mi hijo y cómo responde ante la medicina para el asma. El proveedor de salud de OSH podrá decidir si las órdenes de medicamento permanecerán sin cambios o, de lo contrario, si necesitan cambiarse. El proveedor de salud de OSH llenará un nuevo formulario MAF de modo que mi hijo pueda seguir recibiendo servicios de salud a través de OSH. La oficina de OSH no necesitará mi firma para emitir formularios MAF para asma en lo adelante. Si el proveedor de salud de OSH llena un nuevo formulario MAF para mi hijo, dicho proveedor hará el esfuerzo de informármelo a mí y al proveedor de salud de mi hijo.
 - El presente formulario de autorización representa mi consentimiento y solicitud de los servicios para el asma 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 de mi hijo no esté al alcance.

NOTA: Si opta por el uso de medicamento a disposición en la escuela, deberá enviar con su hijo los inhaladores para el asma, epinefrina y demás medicamentos aprobados para autoadministración durante las excursiones escolares y/o 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
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)	Firma		
Fecha en que se firma	Dirección del padre/tuto		
Celular:	Otro teléfono	Correo electrónico	
Nombre de la persona de contacto alternativo para emergencias		Teléfono de emergencia	

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

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by	<input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School Based Health Center		
	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <i>(For supervised students only)</i> <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager <i>(For supervised students only)</i>		
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner			
<input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	*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.		

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