

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth	Weight (kg)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
				MM / DD / YYYY	____ . ____	
	School (include name, number, address and borough)			OSIS #	DOE District	Grade

The following section to be completed by Student's **HEALTH CARE PRACTITIONER**

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 (<i>If yes, student has an increased risk for a severe reaction</i>)	<input type="checkbox"/> No
History of anaphylaxis?	<input type="checkbox"/> Yes Date ___/___/____	<input type="checkbox"/> No
If yes, symptoms	<input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Does this student have the ability to:
Treatment	Date ___/___/____	Self-Manage <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
History of skin testing?	<input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ___/___/____	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Comments:

Select In School Medications

In School Instructions

1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg
- Give antihistamine in addition to epinephrine (**must order antihistamine below**)

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse or trained school personnel must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer **

PRN (check all that apply):

- Itching
- Hives
- Swelling
- Redness
- Shortness of Breath
- Tightness / Closure
- Hoarseness
- Wheezing
- Vomiting / Diarrhea
- Weak Pulse
- Pallor / Cyanosis
- Dizziness / Fainting

Specify signs, symptoms, or situations:

- Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh
- **Call 911 immediately**

If no improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

2. ORAL MEDICATION: Diphenhydramine

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

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

PRN (check all that apply):

- Itchy / Runny Nose
- Sneezing
- Itchy Mouth
- Mildly Itchy Skin
- Few Hives
- Mild Nausea / Discomfort

Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ 4 hours or 6 hours as needed (specify)

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

3. ORAL MEDICATION: _____

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

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

PRN Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ Time interval: ___ (specify min or hours)

Conditions under which medication should not be given:

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

HOME Medications (include over-the counter)

For Office of School Health (OSH) Use Only

Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. IEP

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
E-mail address		Cell (____) ____-____	
NYS License # (Required) _____		NPI # _____	Date ___/___/____

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM
 Provider Medication Order Form—Office of School Health —School Year 2017–2018
 The Following Section to Be Completed by the Student's **Parent/Guardian**

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así 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, incluyendo inhaladores distintos del Ventolin. 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), la 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 que se permite resurtir el medicamento, 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 toda medicación provista debe estar en el envase original SIN ABRIR.** Asimismo, entiendo que debo notificar de inmediato a la enfermera escolar sobre cualquier cambio en la receta o las indicaciones que figuran más arriba.

Entiendo que no se permitirá a ningún alumno llevar consigo o autoadministrarse sustancias reguladas.

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 prestador de servicios de salud de mi hijo (lo que ocurra primero). Mediante el presente Formulario de administración de medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*), 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. Entiendo que estos servicios pueden incluir exámenes clínicos y un chequeo médico efectuado por un prestador de la OSH. 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, sus delegados y empleados que participan en la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba se apoyan en la exactitud de la información que figura en este formulario.

Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo de la OSH y el DOE para brindar 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 Estudiantes también puede ser necesario, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que la OSH y el 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, de cualquier prestador de cuidados de salud o farmacéutico que haya brindado 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:

INICIALES	Por 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 a mi hijo de la medicación en envases rotulados como se describió más arriba, 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.
-----------	--

INICIALES	Autorizo a la enfermera escolar o personal docente capacitado a almacenar o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.
-----------	---

*Si opta por el uso del medicamento disponible en la escuela, deberá enviar con su hijo **la epinefrina, el inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministración** en las **excursiones escolares** o los **programas para después de clases**, para que el niño los tenga a su disposición. La epinefrina disponible en la escuela se utiliza **únicamente** cuando los alumnos se encuentran en la dependencia escolar.*

**FIRME
AQUÍ**

Estudiante Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre y apellido de 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 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 <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP)			