

FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICACIÓN PARA EL ASMA DEL PROFESIONAL MÉDICO | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

Por favor, entregue a la enfermería escolar. Los formularios que se presenten después del 31 de mayo de 2019 podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

| | | | | | |
|-------------------------|------------------|----------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Student Last Name _____ | First Name _____ | Middle Initial _____ | Date of Birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y | <input type="checkbox"/> Male | <input type="checkbox"/> Female |
|-------------------------|------------------|----------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|

OSIS # _____ DOE District ____ Grade/Class _____

School ATSDBN/Name Address, and Borough:

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)

| Diagnosis | Control (see NAEPP Guidelines) | Severity (see NAEPP Guidelines) |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Well Controlled | <input type="checkbox"/> Intermittent |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled | <input type="checkbox"/> Mild Persistent |
| | <input type="checkbox"/> Unknown | <input type="checkbox"/> Moderate Persistent |
| | | <input type="checkbox"/> Severe Persistent |

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|----------------------|
| History of near-death asthma requiring mechanical ventilation | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | | |
| History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | | |
| History of asthma-related PICU admissions (ever) | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | | |
| Received oral steroids within past 12 months | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | _____ times | last: ____/____/____ |
| History of asthma-related ER visits within past 12 months | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | _____ times | |
| History of asthma-related hospitalizations within past 12 months | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | _____ times | |
| History of food allergy or eczema, specify: _____ | Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | U <input type="checkbox"/> | | |

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
I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.

Practitioner
Initials

Quick Relief In-School Medication

- Albuterol** [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage] (plus individual spacer): Stock Parent Provided MDI w/ spacer DPI

Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. 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; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

- Pre-exercise:** 2 puffs 15-20 mins before exercise.
- URI Symptoms or Recent Asthma Flare:** 2 puffs @ noon for 5 school days.
Special Instructions: _____

- Other:** Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: ____ hrs

Give ____ puffs/____AMP q ____ hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. 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 ____ puffs/____AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

- Pre-exercise:** ____ puffs/____ AMP 15-20 mins before exercise.
- URI Symptoms or Recent Asthma Flare:** ____ puffs/____ AMP @ noon for 5 school days
Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone** [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] Stock Parent Provided MDI w/ spacer DPI

Standing Daily Dose: ____ puffs ONCE a day at ____ AM
Special Instructions: _____

- Other ICS Standing Daily Dose:**

Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: ____ hrs

Home Medications (Include over the counter)

- Reliever _____ Controller _____ Other _____

| | | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|---------------------|
| Health Care Practitioner (Please print name and circle one: MD, DO, NP, PA) | | Signature _____ | | Date ____/____/____ |
| Last _____ | First _____ | | | |
| Address _____ | | Tel. (____) _____ | Fax (____) _____ | NPI # _____ |

| | | |
|---------------------|--------------------------------|---|
| Email Address _____ | NYS License # (Required) _____ | CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma. |
|---------------------|--------------------------------|---|

FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICACIÓN PARA EL ASMA DEL PROFESIONAL MÉDICO | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

Por favor, entregue a la enfermería escolar. Los formularios que se presenten después del 31 de mayo de 2019 podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

LOS PADRES O TUTORES DEBEN LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Doy mi autorización para que la escuela guarde los medicamentos de mi hijo y para que se los administre siguiendo las indicaciones del médico del niño. También doy mi autorización a los equipos necesarios para guardar y utilizar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
2. Entiendo que:
 - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería escolar, entre los que se incluyen los inhaladores que no son de albuterol.
 - **Todos los medicamentos con y sin receta que le entregue a la escuela deben estar nuevos, sin abrir y en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela medicamentos que no estén vencidos para que mi hijo los tome durante el día escolar.**
 - Los medicamentos con receta deben tener la etiqueta **original** de la farmacia en la caja o el frasco. Esta etiqueta tiene que incluir los siguientes datos: 1) nombre de mi hijo, 2) nombre y teléfono de la farmacia, 3) nombre del médico de mi hijo, 4) fecha, 5) número de reposiciones de la receta, 6) nombre del medicamento, 7) dosis, 8) cuándo tomar el medicamento, 9) cómo tomar el medicamento y 10) cualquier otra indicación de uso.
 - Por la presente confirmo y certifico que, tras confirmar con el médico de mi hijo, autorizo a la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) a administrar las reservas de medicamentos para mi hijo, en caso de que el medicamento para el asma de mi hijo no esté disponible.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar si se produce algún cambio respecto al medicamento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La OSH y sus representantes que participan en la prestación de los servicios de salud arriba mencionados confían en que la información de este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario de administración de medicación (*medication administration form, MAF*) autorizo a la OSH a proporcionarle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios pueden incluir, entre otros, una evaluación clínica o un examen físico de un médico o personal de enfermería de la OSH.
 - La orden de medicamentos contenida en este formulario MAF vence al final del año escolar de mi hijo, que podría incluir el período de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero).
 - Cuando esta orden de medicamento venza, le entregaré al personal de enfermería de mi hijo un nuevo formulario MAF emitido por el médico de mi hijo. Si no es así, un proveedor de salud de la 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 la OSH. El proveedor de salud de la OSH podría evaluar los síntomas de asma de mi hijo y cómo responde al medicamento recetado para el asma. El proveedor de salud de la OSH podrá decidir si las órdenes de medicamento seguirán siendo las mismas o si es necesario cambiarlas. El profesional médico de la OSH llenará un nuevo formulario MAF de modo que mi hijo pueda seguir recibiendo servicios de salud a través de la OSH. La OSH no necesitará mi firma para emitir formularios MAF para asma en el futuro. Si el profesional médico de la OSH completa un nuevo formulario MAF para mi hijo, dicho proveedor intentará comunicármelo a mí y al médico de mi hijo.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para el asma aquí descritos. Este formulario no constituye un acuerdo de la OSH para proporcionar los servicios solicitados. Si la OSH decide proporcionar estos servicios, es posible que mi hijo también necesite un Plan de Adaptaciones para Estudiantes. La escuela ejecutará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicación o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, personal de enfermería o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES):

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos solo. Doy mi autorización para que mi hijo porte, guarde y se tome en la escuela el medicamento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo dicho medicamento ya sea en frascos o cajas según se ha descrito anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso de la medicación de mi hijo y de todos los efectos resultantes de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. La enfermería escolar se encargará de confirmar la capacidad de mi hijo de portar y tomarse su medicamento por sí solo. También accedo a entregarle a la escuela medicamento de reserva en cajas o frascos con etiquetas claramente visibles.
- Autorizo a que el personal de la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren el medicamento a mi hijo si, temporalmente, el niño no puede llevarlo consigo y tomarlo por sí solo.

ATENCIÓN: Si decide utilizar los medicamentos disponibles, debe enviar el inhalador para el asma, la epinefrina y otros medicamentos de su hijo aprobados para autoadministración durante las excursiones escolares y los programas para después de clases, de modo que el niño los tenga a su disposición. Los medicamentos disponibles se destinan exclusivamente al uso en la escuela por el personal de la OSH.

| | | | | |
|--|----------|------------------------------------|------------------------|--|
| Estudiante | Apellido | Nombre | Inicial del 2.º nombre | Fecha de nacimiento ____/____/____ |
| Nombre/ATSDBN de la escuela | | | Distrito | Condado |
| Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ | | | FIRME AQUÍ | Firma: _____ |
| Fecha de la firma ____/____/____ | | Dirección del padre o tutor: _____ | | |
| Teléfono celular (____) _____ | | Otro teléfono (____) _____ | | Correo electrónico: _____ |
| Nombre de otros contactos para emergencias/Relación: _____ | | | | Tel. del contacto para emergencias: (____) _____ |

For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Use Only (Para uso exclusivo de la OSH)

| | | |
|---|--|--|
| OSIS Number: _____ | | <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other |
| Received By Name: _____ | Date ____/____/____ | Reviewed By Name: _____ |
| 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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified | | |
| Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____ | | |