

Colocar la foto del estudiante aquí

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA LA DIABETES

Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

FECHA LÍMITE: 31 de mayo. Los formularios enviados después del 31 de mayo podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945.

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	OSIS #
School (include ATSDBN/name, address and borough)			DOE District	Grade	Class

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (EL MÉDICO DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)

Type 1 Diabetes Type 2 Diabetes non-Type 1/Type 2 Diabetes Other Diagnosis: _____ Recent A1C: Date / / Result . %

Orders written will be for Sept. '19 through Aug '20 school year unless checked here: Current School Year '18-'19

<p>Emergency Orders</p> <p>Severe Hypoglycemia Administer Glucagon and call 911 <input type="checkbox"/> 1 mg SC/IM <input type="checkbox"/> ___mg SC/IM</p> <p>Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN if bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration.</p> <p><i>For Independent or supervised student: a trained adult will carry glucagon on school trips.</i></p> <p>Risk for Ketones or Diabetic Ketoacidosis (DKA) <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl, or if vomiting, or fever > 100.5F OR <input type="checkbox"/> Test ketones if bG > ___mg/dl for the 2nd time that day (at least 2 hrs. apart), or if vomiting or fever > 100.5F > If <u>small or trace</u> give water; re-test ketones & bG in 2 hrs or ___ hrs > If initial or retest ketones are <u>moderate or large</u>, give water: Call parent and Endocrinologist; <input type="checkbox"/> NO GYM If ketones and vomiting, unable to take PO and MD not available, CALL 911 <input type="checkbox"/> Give insulin correction dose if > 2 hrs or ___ hours since last insulin.</p>	<p>Blood Glucose (bG) Monitoring Skill Level</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse / adult must check bG. <input type="checkbox"/> Student to check bG with adult supervision. <input type="checkbox"/> Student may check bG without supervision.</p> <p>Insulin Administration Skill Level</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: Self-carry / Self-administer (<i>Initial below</i>) NOTE: Trip nurse not required for supervised or independent students.</p> <p>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school, field trips, & school/sponsored events</p> <p style="text-align: right;">PROVIDER INITIALS</p>
--	---

bG Monitoring: Specify times to test in school (must match times for treatment and/or insulin) Breakfast Lunch Snack Gym PRN

Use CGM readings (must complete DMAF Addendum form)

Hypoglycemia: Check all boxes needed. Must include at least one treatment plan.

For bG < ___mg/dl give ___gm rapid carbs at: Breakfast Lunch Snack Gym PRN
 Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl.

For bG < ___mg/dl give ___gm rapid carbs at: Breakfast Lunch Snack Gym PRN
 Repeat bG testing in 15 or ___ min. If bG still < ___mg/dl repeat carbs and retesting until bG > ___mg/dl.

For bG < ___mg/dl pre-gym, **no gym** For bG < ___mg/dl Pre-gym; PRN; treat hypoglycemia then give snack.

Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

Mid-range Glycemia:

Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack Give snack before gym

Hyperglycemia:

Insulin is given before food unless otherwise noted here: Give insulin after: Breakfast Lunch Snack

No Gym For bG > ___mg/dL Pre-gym and/or PRN

For bG > ___mg/dL PRN, Give insulin correction dose if > ___ hrs. since last insulin

For bG meter reading "High" use bG value of ___mg/dl. If not specified, Nurse will use bG value of 500 mg/dl.

<p>Insulin orders: Name of Insulin: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No Insulin in School <input type="checkbox"/> No Insulin at Snack time</p> <p>Delivery Method: <input type="checkbox"/> Syringe/Pen <input type="checkbox"/> Pump (Brand): _____ <input type="checkbox"/> Smart Pen – use pen suggestions <input type="checkbox"/> Parent may have input into insulin dosing. See DMAF Addendum.</p>	<p>Insulin Calculation Method:</p> <p><input type="checkbox"/> Carb coverage ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Correction dose ONLY at: <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Carb coverage plus correction dose when bG > Target AND at least 2 hrs or ___ hrs. since last insulin at <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Snack</p> <p>Correction dose calculated using: <input type="checkbox"/> ISF or <input type="checkbox"/> Sliding Scale</p> <p><input type="checkbox"/> Fixed Dose (see Other Orders) <input type="checkbox"/> Sliding Scale (See Addendum) <input type="checkbox"/> If Gym/recess is immediately following lunch, subtract ___ gm carbs from lunch carb calculation. <i>Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless otherwise ordered.</i></p>	<p>Insulin Calculation Directions: (give number, not range)</p> <p>Target bG = ___ mg/dl Insulin Sensitivity Factor (ISF): 1 unit decreases bG by ___ mg/dl (time: ___ to ___) 1 unit decreases bG by ___ mg/dl (time: ___ to ___)</p> <p><i>If only one ISF, time will be 8am to 4pm if not specified.</i></p> <p>Insulin to Carb Ratio (I:C): Lunch: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___ Snack: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___ Breakfast: 1 unit per ___ gms carbs OR time: ___ to ___</p>
---	---	--

Carb Coverage:
gm carb in meal = X units insulin
gm carb in I:C

Correction Dose using ISF:
bG – Target bG = X units insulin
ISF

Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks; unless otherwise instructed by PCP/Endocrinologist. Round DOWN to nearest 0.1 unit for pumps, unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.

For Pumps - Basal Rate in school:
 ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr
 ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr
 ___:___ AM/PM to ___:___ AM/PM ___ units/hr

Student on FDA approved hybrid closed loop pump-basal rate variable per pump.
 Suspend/disconnect pump for gym
 Suspend pump for hypoglycemia not responding to treatment for ___ min.

Additional Pump Instructions:

Follow pump recommendations for bolus dose (if not using pump recommendations, will round down to nearest 0.1 unit)
 For bG > ___ mg/dl that has not decreased in ___ hours after correction, consider pump failure and notify parents.
 For suspected pump failure: SUSPEND pump, give insulin by syringe or pen, and notify parents.
 For pump failure, only give correction dose if > ___ hrs since last insulin

Other Orders:

Home Medications (in case of emergency e.g. school lock down)				
Medication	Dose	Frequency	Time	Route
Insulin:				
Other:				

<p>Health Care Practitioner Name LAST FIRST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)</p> <p>Address</p> <p>NYS License # (Required) NPI #</p>	<p>Signature</p> <p>Tel. () -</p> <p>CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.</p>	<p>Date</p> <p>Fax. () -</p>
--	---	-------------------------------

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA LA DIABETES

Formulario de orden de medicación del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2019-2020

FECHA LÍMITE: 31 de mayo. Los formularios enviados después del 31 de mayo podrían retrasar la tramitación para el nuevo año escolar.

Envíe los formularios MAF para la diabetes por fax al 347-396-8932/8945.

LOS PADRES O TUTORES DEBEN LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Autorizo a la enfermería escolar a administrar a mi hijo el medicamento que se le ha recetado. También autorizo a la enfermería escolar o al personal de la escuela con capacitación para ello a que comprueben el nivel de azúcar en la sangre y a que le proporcionen tratamiento en caso de que presente niveles bajos de azúcar según las indicaciones y el nivel de pericia necesario determinado por el médico de mi hijo. La escuela podrá llevar a cabo estas prácticas en la sede escolar o durante las excursiones escolares.
- También autorizo a los equipos necesarios a guardar y utilizar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
- Entiendo que:
 - Debo proporcionararle a la enfermería escolar el medicamento, los *snacks*, los instrumentos y los suministros para mi hijo y reemplazar dichos medicamentos, *snacks*, instrumentos y suministros cuando sea necesario. La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) recomienda que se utilicen lancetas de seguridad y otros equipos de agujas de seguridad y accesorios para chequear los niveles de azúcar en la sangre y administrarle insulina a mi hijo.
 - 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.
 - 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 ofrecerle servicios de salud relacionados con la diabetes 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 medicación 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).
 - La OSH y el Departamento de Educación (DOE) tienen la responsabilidad de garantizar que mi hijo pueda comprobar de forma segura sus niveles de azúcar en la sangre.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para diabetes 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: Durante las excursiones y las actividades escolares fuera del plantel es preferible que usted envíe los medicamentos y equipos para su hijo.

Estudiante Apellido	Nombre	Inicial del 2.º Nombre	Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre/ATSDBN de la escuela		Condado	Distrito
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)		Firma del padre o tutor	Fecha de la firma ____/____/____
Correo electrónico del padre o tutor		Dirección del padre o tutor	
Números de teléfono: Durante el día (____) ____-____		Fijo (____) ____-____	Celular (____) ____-____
Nombre de contacto alternativo para emergencias	Relación con el estudiante	Teléfono del contacto (____) ____-____	
Nombre del contacto alternativo para emergencias		Teléfono del contacto (____) ____-____	

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

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"/> OSH Public Health Advisor (<i>For supervised students only</i>)		<input type="checkbox"/> School Based Health Center	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner		<input type="checkbox"/> Modified	<input type="checkbox"/> Not Modified