

Adjunte foto del alumno

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulario de orden de tratamiento del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2024-2025

Por favor, entregue este formulario en la enfermería/centro de salud escolar (*School-Based Health Center, SBHC*).

Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Grade: _____ Clase: _____

Escuela (incluya el ATSDBN/nombre, número, dirección y condado): _____ Distrito del DOE: _____

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

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____ |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr. | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size _____ Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #1 | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change | <input type="checkbox"/> Postural Drainage | |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____ Fr. | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube | | |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity | | |
| <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* | | |

Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-treats, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-treat
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

Diagnosis is self-limited: Yes No _____ _____ _____

1. Treatment required in school:

- Feeding:** Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount/Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
***Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.**
- Flush** with _____ mL Before feeding After feeding
- Oxygen Administration:** Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
 prn O2 Sat < _____ % Specify signs & symptoms: _____
- Other Treatment:** Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
Specify signs & symptoms: _____
- Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: _____ Terminated: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS Rev 3/24

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT **LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA Pg. 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →**

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulario de orden de tratamiento del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2024–2025

Por favor, entregue este formulario en la enfermería/centro de salud escolar (*School-Based Health Center, SBHC*).

Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

PADRES O TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Autorizo que se guarden en la escuela los suministros médicos, equipos y tratamientos recetados de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico
- Entiendo que:
 - Debo entregarle al personal de la enfermería escolar/SBHC los suministros, equipos y tratamientos.
 - Todos los suministros que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir en su frasco o caja original. Proporcionaré a la escuela suministros que no estén vencidos para que mi hijo los use durante el día escolar.**
 - Los suministros, equipos y tratamientos deberán llevar una etiqueta con el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo.
 - Debo avisar **inmediatamente** al personal de la enfermería escolar/SBHC si se produce algún cambio respecto al tratamiento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) y sus representantes que participan en la prestación de los servicios de salud para mi hijo arriba mencionados confían en que la información de este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario autorizo a la OSH a prestarle 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/SBHC de la OSH.
 - Las indicaciones u órdenes de tratamiento de este formulario vencen al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario (lo que suceda primero). Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo.
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios médicos 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 según la Sección 504. La escuela completará este plan.
 - Para proporcionarle tratamiento o cuidados a mi hijo, la OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre su problema médico, medicamentos o tratamiento. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

Conforme al Departamento de Educación del Estado de Nueva York (*New York State Education Department, NYSED*), el personal de la enfermería ya no tiene permitido administrar medicamentos y alimentos previamente mezclados por los padres. El personal de enfermería puede preparar y mezclar medicamentos y alimentos para administrar por sonda de gastrostomía de acuerdo con las instrucciones del médico del menor.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES)

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede realizar el tratamiento solo. Doy mi autorización para que mi hijo porte y guarde lo necesario para realizarse el tratamiento recetado en la escuela o durante excursiones. Soy responsable de entregarle a mi hijo estos suministros y equipos etiquetados como se describió anteriormente. También soy responsable de supervisar el tratamiento de mi hijo y de los resultados de que mi hijo se autoadministre el tratamiento en la escuela. El personal de la enfermería escolar/SBHC confirmará que mi hijo es capaz de realizar el tratamiento solo. Asimismo, acepto entregarle a la escuela instrumentos y suministros de reserva, claramente etiquetados, por si en algún momento mi hijo no es capaz de realizar el tratamiento por sí solo.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre/ATS/DBN de la escuela: _____ Condado: _____ Distrito: _____

Correo electrónico del padre o tutor: _____ Dirección del padre o tutor: _____

Teléfonos: Durante el día: _____ Casa: _____ Celular*: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Firma del padre o tutor: _____

Fecha de la firma: _____

Contacto alternativo para emergencias

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono de contacto: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only (Para uso exclusivo de la OSH)

OSIS #: _____

Received by – Name: _____ Date: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____

Referred to School 504 Counselor: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

*Confidential information should not be sent by email / No debe enviarse información confidencial por correo electrónico

FOR PRINT USE ONLY
SOLO PARA USO IMPRESO