

Colocar la foto del estudiante aquí

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN MEDICACIÓN)

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

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

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
-------------------	------------	--------	--	-------------------------------	---------------------------------

OSIS Number _____

School (include ATSDBN/name, address and borough)	DOE District _____	Grade _____	Class _____
---	--------------------	-------------	-------------

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

ONE ORDER PER FORM (make copies of this from for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care
<input type="checkbox"/> Chest Clapping
<input type="checkbox"/> Percussion
<input type="checkbox"/> Postural Drainage
<input type="checkbox"/> Dressing Change |
|--|---|--|

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

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

1. Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
2. Supervised Student: student self-treats under adult supervision
3. Independent Student: student is self-carry/self-treat (initial below)

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

Practitioner's initials

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

Diagnosis is self-limited Yes No

2. Treatment required in school:

• Feeding: _____
 Formula Name _____ Concentration _____ Route _____ Amount/Rate _____ Duration _____ Frequency/specific time(s) of administration _____

* Premixing of medications and feedings by parents is no longer permissible for a nurse to administer. 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
- Oxygen administration: _____ _____ prn O2 Sat < ____% _____
 Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms

Other Treatment: _____ _____ prn _____
 Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms

Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

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

7. Date(s) when treatment should be: Initiated ____/____/____ Terminated ____/____/____

Health Care Practitioner LAST NAME (Please Print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) _____ - _____	NPI No. _____	Date ____/____/____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO RECETADO POR UN MÉDICO (SIN MEDICACIÓN)

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

Fecha límite de entrega: 31 de mayo. Los formularios enviados después del 31 de mayo 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. Autorizo a 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.
2. Entiendo que:
 - Debo entregarle a la enfermería escolar los suministros, equipos y tratamientos.
 - **Todos los suministros que le entregue a la escuela deben estar nuevos, sin abrir y 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 tener el nombre y fecha de nacimiento de mi hijo en una etiqueta.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar si surge algún cambio en el tratamiento de mi hijo o 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 arriba mencionados confían en que la información de este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario 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 indicaciones u órdenes de tratamiento contenidas en este formulario vencen 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 (lo que suceda primero).
 - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios médicos 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 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 se administre por sí solo en la escuela el tratamiento recetado. Soy responsable de entregarle a mi hijo los suministros y equipos etiquetados según se describe anteriormente. También soy responsable de supervisar el tratamiento de mi hijo, y de todas las consecuencias de que mi hijo se autoadministre el tratamiento en la escuela. La enfermería escolar 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.
- Autorizo a que el personal de la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello puedan administrar el tratamiento a mi hijo si, temporalmente, el niño no puede administrarse el tratamiento por sí solo.

Ya no se permite que la enfermería administre mezclas previas realizadas por los padres de medicación y alimentación. El personal de enfermería puede preparar y mezclar medicación y alimentación por sonda de gastrostomía de acuerdo con las instrucciones del médico del niño.

Estudiante Apellido	Nombre	Inicial del 2.º Nombre	Fecha de nacimiento ___/___/_____	Escuela
Nombre/ATSDBN de la escuela			Condado	Distrito
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)		FIRME AQUÍ	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 del contacto alternativo para emergencias	Relación con el estudiante	Teléfono del contacto alternativo (___) ___ - ___		

FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY (Para uso exclusivo de la OSH)

OSIS Number: _____

Received by: Name _____ Date ___/___/_____ Reviewed by: Name _____ Date ___/___/_____

504 IEP Other Referred to School 504 Coordinator: 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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner Modified Not Modified