

Adjunte foto
del alumno

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulario de orden de medicamentos 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. 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 (mes/día/año): _____
Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Grado: _____ Clase: _____
Escuela (incluya el nombre, número, dirección y condado): _____ Distrito del DOE: _____

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

Specify Allergies: _____

History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student) No

History of anaphylaxis? Yes Date: _____ No

If yes, system affected: Respiratory Skin GI Cardiovascular Neurologic

Treatment: _____ Date: _____

Does this student have the ability to: Self-manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No
Recognize signs of allergic reactions Yes No
Recognize and avoid allergens independently Yes No

Select In-School Medications

SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911. Weight: _____

0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bother breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

Other: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

MILD REACTION

A. For any of the following sign and symptoms _____, give:

• Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg po Q6 hours PRN

• Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours Q6 hours Q12 hours PRN

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse must administer

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

OTHER MEDICATION

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours PRN

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse must administer

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

Home Medications (include over the counter) None

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 →

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulario de orden de medicamentos 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. 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 medicamentos de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico. También doy mi autorización para que se utilicen los equipos necesarios para guardar y usar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
- Entiendo que:
 - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería/personal del centro de salud escolar (*School-Based Health Center*, SBHC). Haré lo posible por proporcionarle a la escuela autoinyectores de epinefrina con aguja retráctil.
 - Todos los medicamentos con y sin receta que entregue a la escuela deben ser nuevos y estar sin abrir 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 deberá incluir: 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.
 - 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 los medicamentos de reserva para mi hijo, en caso de que el medicamento para el asma o de epinefrina de mi hijo no esté disponible.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería o el miembro del personal SBHC 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 proporcionada en este formulario es correcta.
 - Con mi firma en este formulario de administración de medicamentos (*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 de este formulario MAF vence al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería/SBHC un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero). Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería/SBHC un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo.
 - El presente formulario constituye mi autorización y la solicitud de los servicios para alergias 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 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 su hijo.

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

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

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos sin supervisión. Doy mi autorización para que mi hijo porte, guarde y se tome el medicamento recetado en la escuela y durante excursiones. Soy responsable de entregarle a mi hijo dicho medicamento, ya sea en frascos o cajas, como se describió anteriormente. También me hago responsable de supervisar el uso que mi hijo le dé al medicamento y de las consecuencias de dicho uso en la escuela. El personal de la enfermería escolar/SBHC confirmará que mi hijo es capaz de portar y tomar el 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 la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren la epinefrina a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrársela por sí solo.

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Escuela (ATS DBN/Nombre): _____ Condado: _____ Distrito: _____

Nombre completo del padre o tutor (en letra de imprenta): _____ Correo electrónico del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha de la firma: _____

Dirección del padre o tutor: _____

Celular del padre o tutor: _____ Otro teléfono: _____

Nombre y relación con el estudiante de otro contacto para emergencias: _____

Teléfono del otro contacto para emergencias: _____

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

OSIS #: _____ Received by – Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____

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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

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