

Adjunte foto del alumno

ASTHMA 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: _____
Sexo: Masculino Femenino Número OSIS: _____ Grado: _____ Clase: _____
Escuela (incluya ATS DBN/nombre, número, dirección y condado): _____ Distrito del DOE: _____

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

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
		<input type="checkbox"/> Unknown

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

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Received oral steroids within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of food allergy or eczema, specify: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Home Medications (include over the counter) None

Reliever: _____ Controller: _____ Other: _____

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: _____

Quick Relief In-School Medication

(individual spacers are provided by the school)

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

- Albuterol (Schools will only provide generic Albuterol MDI; this will be used if prescribed medication below is unavailable)
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.
- Other Quick Relief Medication:
 - Other Albuterol Dosing: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 - Airsupra (albuterol & budesonide) Strength: _____ Dose: _____ puffs PRN every _____ hours. **If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE**
 - Symbicort (formoterol & budesonide) Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ min or _____ hours. May repeat ONCE PRN
 - Albuterol with ICS: Albuterol _____ puffs followed by Fluticasone _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 Albuterol _____ puffs followed by Qvar _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 - Albuterol MDI _____ puffs followed by ICS (Name) _____ Strength: _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 - URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: _____ Dose: _____ puffs / _____ AMP q _____ hours.
 - Pre-exercise:** Name: _____ Dose: _____ puffs / _____ AMP 15-20 minutes before exercise.

Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone [Only Fluticasone® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] Stock Parent Provided
Standing Daily Dose: _____ puff(s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
- Symbicort (provided by parent). Standing Daily Dose: _____ puff(s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
Special Instructions: _____
- Other ICS (provided by parent) Standing Daily Dose:
Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: one or two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA
Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
Completed by Emergency Department Medical Practitioner: Yes No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)
Address: _____ Email address: _____
Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

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 →**

ASTHMA 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 al personal de la enfermería / centro de salud escolar (*School-Based Health Center, SBHC*), entre los que se incluyen los inhaladores que no son de albuterol.
 - 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 de mi hijo no esté disponible.
 - Debo avisar **inmediatamente** al personal de la enfermería escolar/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 escolar/SBHC un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero).
 - Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré al personal de la enfermería escolar/SBHC un nuevo formulario MAF llenado 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/SBHC señalando que no quiero que a mi hijo lo examine un proveedor de salud de la OSH. El proveedor de salud de la OSH podrá 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 proveedor de servicios médicos de la OSH puede llenar un nuevo formulario MAF de modo que mi hijo pueda seguir recibiendo servicios de salud a través de la OSH. Mi médico o el profesional médico de la OSH no necesitarán mi firma para redactar formularios MAF para el 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 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.

NOTA: Si decide utilizar los medicamentos de reserva, 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 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.

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: _____

For 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 OSH Asthma Case Manager (for supervised students only)

Signature and Title (RN or MD/DO/NP): _____

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