



FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar **2023-2024**
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: _____ 2.º nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número OSIS: _____

Sexo: Masculino Femenino

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

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type:

- Localization related (focal) epilepsy Primary generalized Secondary generalized Childhood/juvenile absence
 Myoclonic Infantile spasms Non-convulsive seizures Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School Medications

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: _____

Name of Medication	Concentration/Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet immediately within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times;

Give emergency medication after _____ min and call 911

Activities:

- Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? No Yes
 Gym/physical activity participation restrictions? No Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

Other: _____

504 accommodations requested (e.g., supervision for swimming)? Yes (attach form) No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Specific Instructions

Other special instructions

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

(Please Check one: MD DO NP PA)

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar 2023-2024

Por favor, entregue este formulario en la enfermería escolar/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 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 escolar/SBHC.
 - 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.** Conseguiré medicamentos adicionales para que mi hijo los use cuando esté fuera de la escuela o en una excursión escolar.
 - O 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.
 - Debo avisar **inmediatamente** a la enfermería escolar/SBHC si se produce algún cambio respecto al medicamento de mi hijo o a las indicaciones del médico.
 - No se permite a los estudiantes portar o autoadministrarse medicamentos regulados.**
 - 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 de administración de medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*) autorizo a la OSH a proporcionarle servicios de salud a mi hijo. Estos servicios pueden incluir 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 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 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 según la Sección 504. La escuela completará este plan.
 - La OSH también podrá obtener cualquier información que estime necesaria sobre la afección médica, medicamentos y tratamiento de mi hijo. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a su hijo.
 - Entiendo que la administración de medicación de emergencia para convulsiones, que incluye medicamentos intranasales, sólo la podrá realizar un miembro del personal de enfermería u otro proveedor médico certificado, según lo establecido en las disposiciones del Estado de Nueva York.

PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (Medicamentos que no sean para emergencias):

- 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 en la escuela el medicamento recetado. 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. 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.

NOTA: Durante las excursiones y las actividades escolares fuera de la escuela, es preferible que usted envíe los medicamentos y equipos para su hijo.

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

Nombre y número de la escuela: _____ 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: _____

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

Contacto alternativo para emergencias:

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

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ 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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

No debe enviarse información confidencial por correo electrónico.