Attach student photo here

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Oficina de Salud Escolar | Año escolar **2026-2027**

Entregar este formulario al personal de enfermería escolar/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: _____ Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número OSIS: _____ Grado: _____ Clase: _____ Distrito del DOE: _____
Escuela (incluya el DBN en el sistema ATS/nombre, dirección y condado): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis ☐ Asthma ☐ Other: _____
Severity *(see NAEPP Guidelines* ☐ Intermittent ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent ☐ Unknown
Control *(see NAEPP Guidelines)* ☐ Well Controlled ☐ Not Controlled / Poorly Controlled ☐ Unknown

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

☐ Y ☐ N ☐ U | History of life-threatening asthma (loss of consciousness, hypoxic seizure, or intubation)
☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related PICU admissions (ever)
☐ Y ☐ N ☐ U | Received oral steroids within past 12 months _____ times last: _____
☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related ER visits within past 12 months _____ times last: _____
☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related hospitalizations within past 12 months _____ times last: _____
☐ Y ☐ N ☐ U | History of food allergy or eczema, specify: _____
☐ Y ☐ N ☐ U | Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?

Home Medications (include over the counter) ☐ None

☐ Reliever: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____
☐ Controller: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____
☐ 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

- **Emergency Plan: If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**
- ***Individual spacers are provided by the school. Schools will only provide Albuterol MDI and Fluticasone 110 ucg***

☑ **Standard Albuterol Order**: *2 puffs Q4 hours prn cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness or shortness of breath.* Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

☐ **Pre-exercise**: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol
Dose: _____ puffs/ _____ AMP ☐ 15-20 mins before exercise ☐ PRN _____
☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol
Dose: _____ puffs/ _____ AMP q _____ hrs prn symptoms for _____ days or as per PCP's Special Instructions/Other Orders below
Other Anti-inflammatory Reliever Medication instead of Standard Albuterol Order: SMART/MART (ginasthma.org): Administer medication for respiratory symptoms: cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness, or shortness of breath; if not symptom-free in 20 minutes, may repeat ONCE. The Standard Albuterol Order will be implemented if medication prescribed below is unavailable.
☐ Budesonide/formoterol **(provided by parent)**: Strength: _____ Dose: ☐ 1 puff ☐ 2 puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms
☐ Albuterol with ICS: Albuterol: 2 puffs plus Fluticasone 110 mcg _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms.
☐ Albuterol _____ puffs + ICS **(provided by parent)** Name: _____
Strength: _____ Dose _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms
☐ Albuterol or other Quick-Relief Medication: Name: _____
Strength: _____ Dose _____ puffs/AMP: _____ every _____ hours PRN respiratory symptoms
Special Instructions/Other Orders: _____

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

Stock Fluticasone 110 mcg will be used if prescribed medication below is not available.

☐ 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
☐ Budesonide/formoterol **(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.

MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS. Revisado en feb/2026
SI LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESTÁ INCOMPLETA, SE RETRASARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES DE MEDICAMENTOS. **LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA**
PÁGINA 2

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

Formulario de orden de medicación para el asma del profesional médico | Oficina de Salud Escolar | Año escolar **2026-2027**

Entregar este formulario al personal de enfermería escolar/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:

1. 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.
2. Comprendo que:
   - Debo entregarle los medicamentos y equipos a la enfermería escolar/Centro de Salud Escolar (*School Based Health Center*, SBHC), incluyendo inhaladores que no sean 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 los días de clases.**
     - 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 de uso.
   - 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** a la enfermería escolar/SBHC si se produce algún cambio respecto al medicamento 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 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 ofrecerle 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/proveedor de los SBHC un nuevo formulario MAF (lo que suceda primero).
   - Cuando esta orden de medicamentos venza, proporcionaré a la enfermería escolar/proveedor de los 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 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 profesional médico 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.
   - Este formulario constituye mi autorización y solicitud para los servicios para asma aquí descritos; se puede enviar directamente a la OSH. 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 aprobados de su hijo durante las excursiones escolares o los programas para después de clases. 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 en la escuela y durante excursiones 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.

Apellido del **estudiante**: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Escuela (DBN en el sistema ATS/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 de otros **contactos para emergencias**/Relación con el estudiante: _____

Teléfono del **otro contacto para emergencias**: _____

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 ☐ 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