

Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Envíe por fax todos los formularios DMAF al 347-396-8932/8945 o por correo electrónico a OSHDMAF@health.nyc.gov.

Apellido del estudiante	Nombre	Fecha de nacimiento	N.º OSIS:
-------------------------	--------	---------------------	-----------

SECTION F: Insulin Orders (Continued)

F7. Sliding Scales (Provide additional sliding scales in Section I: Other Orders)
 Do **NOT** overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Provide a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2: Hyperglycemia. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I: Other Orders. **If no correction dose ratios or correction dose sliding scale is given, the student will not receive rapid-acting insulin outside of the specified meals and all orders for rapid-acting insulin PRN will not be implemented.**

F7a. Correction Dose	
bG (mg/dl)	Units
Zero -	0
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

F7b. Carb Coverage PLUS Correction Dose		
bG (mg/dl)	Units	Use For:
Zero -	-	<input type="checkbox"/> Breakfast
-	-	<input type="checkbox"/> Lunch
-	-	<input type="checkbox"/> Snack
-	-	<input type="checkbox"/> See attached
-	-	
-	-	
-	-	

F8. Fixed Dosing for Carb Coverage
 Correct bG using method in Section F5a: Correction Dose and for carb coverage ADD:
 ___ units for breakfast (hold dose if no carbs consumed for meal)
 ___ units for lunch (hold dose if no carbs consumed for meal)
 ___ units for snack (hold dose if no carbs consumed for meal)

F9. Alternate Rounding Instructions
 Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.50-1.49u rounds to 1u
 For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit: 0.25-0.74u rounds to 0.5u

F10. Long-Acting Insulin
 Give long-acting insulin at school
 Name: _____
 Dose: ___ units
 Time: ___ **OR** pre-lunch
 Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different injection site (e.g., different arms)

SECTION G: Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders [Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']

G1. Name and Model of CGM: _____

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol and in accordance with manufacturer's instructions. For CGM used for insulin dosing, finger stick bG will be done when symptoms don't match the CGM readings or if there is some reason to doubt the sensor (i.e. for readings < 70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers). For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

G2. CGM Instructions: Use CGM grid below **OR** see attached CGM instructions.

CGM Reading	Arrows	Action <input type="checkbox"/> use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↓, ↓↓, ∨ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↑, ↑↑, or ↗	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic. Otherwise, recheck in 15-20 min.
sG ≥ 70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing.
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	↓, ↓↓	Give 15 g uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing.

For student using CGM, wait 2 hours after a meal before testing for ketones with hyperglycemia

SECTION H: Parental Input into Dosing

Parent(s)/Guardian(s) (**MUST GIVE NAME**), _____, may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations. Taking the parent's input into account, the nurse will determine the insulin dose within the range ordered by the health care provider and in keeping with nursing judgement.

SELECT ONE

Nurse may adjust calculated dose up or down up to ___ units based on parental input and nursing judgement. Nurse may adjust calculated dose up by ___ % or down by ___ % of the prescribed dose based on parental input and nursing judgement.

MUST COMPLETE: Health care provider can be reached for urgent dosing orders at (_____) _____. If the parent requests a similar adjustment for > 5 days in a row, the nurse will contact the health care provider to see if the school orders need to be revised.

SECTION I: Other Orders

SECTION J: Home Medications

	Medication	Dose	Route	Frequency	Time

SECTION K: Additional Information

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? Yes No [Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA approved devices. For nurse to administer insulin at school, you must provide pump failure and/or back up orders on DMAF page 1.]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	Signature	Date
Credentials: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA			
Address Street	City/State	ZIP	Email
NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

Los formularios que se presentan después del 1 de junio podrían retrasar el trámite para el nuevo año escolar.

Apellido del estudiante	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º OSIS:
Nombre/ATSDBN de la escuela	Dirección	Condado	Distrito	Grado/clase

PADRES Y TUTORES: LEAN, LLENEN Y FIRMEN. AL FIRMAR ABAJO ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Autorizo a la enfermería escolar/Centros de Salud Escolares (*School Based Health Centers*, SBHC) a administrar a mi hijo el medicamento que se le ha recetado. También autorizo a la enfermería escolar/personal capacitado/proveedor de los SBHC a que comprueben el nivel de azúcar en la sangre y a que le proporcionen tratamiento en caso de que presente niveles bajos de azúcar según las indicaciones y el nivel de destreza necesario determinado por el médico de mi hijo. La escuela podrá llevar a cabo estas prácticas en la sede escolar o durante las excursiones escolares.
- 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:
 - Tengo que proporcionarle a la enfermería escolar/proveedor de los SBHC los medicamentos, *snacks*, equipos y suministros para mi hijo y reemplazar dichos medicamentos, *snacks*, equipos y suministros cuando sea necesario. La Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health*, OSH) recomienda que se utilicen lancetas de seguridad y otros dispositivos con agujas de seguridad y accesorios para verificar los niveles de azúcar en la sangre de mi hijo y administrarle insulina.
 - Autorizo a mi hijo a portar y guardar sus medicamentos/suministros en la escuela y en las excursiones según se describe en su reunión de la Sección 504.
 - 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.
 - 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 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 ofrecerle servicios de salud relacionados con la diabetes 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.
 - La OSH y el Departamento de Educación (DOE) garantizan que mi hijo pueda medir su nivel de azúcar en sangre de forma segura.
 - Este formulario representa mi autorización y solicitud para los servicios para diabetes aquí descritos y puede ser enviado 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 para Estudiantes. 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, personal de enfermería o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

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

Línea directa de la OSH para padres que tengan preguntas sobre el Formulario de administración de medicamentos para la diabetes (*Diabetes Medication Administration Form*, DMAF): 718-786-4933

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

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede tomarse los medicamentos o realizarse los procedimientos 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 o proveedores de los SBHC confirmarán que mi hijo es capaz de portar y tomarse 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 capacitado le administre glucagón a mi hijo si así lo prescribe su proveedor de atención médica, en caso de que mi hijo no pueda temporalmente llevarlo consigo o suministrárselo por sí solo.

LOS PADRES Y TUTORES DEBEN FIRMAR A CONTINUACIÓN

Escriba en mayúsculas el nombre del padre, madre o tutor		Firma del padre o tutor para las Partes A y B		Fecha de la firma
Dirección del padre o tutor		Correo electrónico del padre o tutor		
Número de contacto de emergencia:	Número de teléfono de contacto recomendado	Teléfono del hogar	Celular	
Nombre del contacto alternativo para emergencias		Parentesco con el estudiante	Número de teléfono de contacto	

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number:	
Received by: Name	Date: ____ / ____ / ____
Reviewed by: Name	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by:	<input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
Signature and Title (RN or SMD):	Date: ____ / ____ / ____
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ____ / ____ / ____	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: <input type="checkbox"/> Clarified <input type="checkbox"/> Modified	
Notes:	