



# Formulario de tratamiento médico recetado (sin medicamentos)

Formulario de orden de tratamiento 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

**ONE ORDER PER FORM** (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring   | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4              | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____        |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.                  | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #4    |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization:<br>Cath Size _____ Fr.  | <input type="checkbox"/> Ostomy Care  | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size _____ Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #1,<br>including pulse oximetry | <input type="checkbox"/> Other: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change   | <input type="checkbox"/> Postural Drainage  |   |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____ Fr.<br><input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> Bolus | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry – specify in #1                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard*  |   |   |

**Student will also require treatment:**  during transport  on school-sponsored trips  during afterschool programs

**Student Skill Level (select the most appropriate option):**

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment  
 Supervised Student: student self-treats, under adult supervision  
 Independent Student: student is self-carry/self-treat  
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events.  
Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

**Diagnosis:** \_\_\_\_\_ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)  
Diagnosis is self-limited:  Yes  No  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### 1. Treatment required in school:

- Feeding: \*Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider/specialist.**  
Formula Name: \_\_\_\_\_ Concentration: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_ Rate: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_
- Flush with** \_\_\_\_\_ mL  Before feeding  After feeding
- Oxygen Administration:** Amount (L): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 pm  O2 Sat < \_\_\_\_\_ % Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Other Treatment:** Treatment Name: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. **Emergency Treatment:** Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: \_\_\_\_\_ Terminated: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

SI LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESTÁ INCOMPLETA, SE RETRASARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES DE MEDICAMENTOS.  
MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS.

Revisado en feb/2026  
**LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA PÁGINA 2**

## FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO RECETADO (SIN MEDICAMENTOS)

Formulario de orden de tratamiento 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.

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

- Autorizo que se guarden en la escuela los suministros médicos, equipos y tratamientos recetados de mi hijo y que se le administren según las indicaciones de su médico.
- Comprendo que:**
  - Debo entregarle los suministros médicos, equipos y tratamientos recetados a la enfermería escolar/Centro de Salud Escolar (*School Based Health Center*, SBHC).
  - Todos los suministros 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 suministros, equipos y tratamientos deberán llevar una etiqueta con el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo.
  - 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 autorizo a la OSH a prestarle 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 indicaciones u órdenes de tratamiento de este formulario vencen al finalizar el año escolar de mi hijo, que podría incluir el programa de verano, o cuando yo le entregue a la enfermería escolar un nuevo formulario (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.
  - Este formulario representa mi autorización y solicitud para los servicios médicos 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 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.

**Conforme a lo estipulado por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, el personal de enfermería no está autorizado a administrar medicamentos premezclados ni a dar de comer a los pacientes. El personal de enfermería puede preparar y mezclar medicamentos y alimentos para administrar por sonda de gastrostomía de acuerdo con las instrucciones del médico del menor.**

### PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO (SOLO PARA ESTUDIANTES INDEPENDIENTES):

- Certifico y confirmo que mi hijo está perfectamente capacitado y puede realizar el tratamiento solo. 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 estos suministros y equipos etiquetados como se describió anteriormente. También soy responsable de supervisar el tratamiento de mi hijo y de los resultados de que mi hijo se autoadministre el tratamiento en la escuela. La enfermería escolar/SBHC confirmará que mi hijo es capaz de portar y tomar el medicamento por sí solo. Asimismo, acepto entregarle a la escuela instrumentos y suministros de reserva, claramente etiquetados, por si en algún momento mi hijo no es capaz de realizar el tratamiento por sí solo.

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**: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Durante el día: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Contacto alternativo para emergencias

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco 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 per OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified