



# FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES

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 nombre, número, dirección y condado): \_\_\_\_\_

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

### Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

- 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	Presentation/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.): \_\_\_\_\_

H/O Status Epilepticus?  No  Yes Has student had surgery for epilepsy?  No  Yes – Date: \_\_\_\_\_ Well Controlled?  No  Yes

### TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

#### A. 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
<input type="checkbox"/> diazepam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	
<input type="checkbox"/> midazolam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	

#### B. In-School/Routine 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

#### 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 (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 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES

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.

## 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.
- Comprendo que:**
  - Debo entregarle los medicamentos y equipos de mi hijo al personal de la enfermería escolar/Centro de Salud Escolar (*School Based Health Center, 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.
    - 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 ofrecerle 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/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.
  - Este formulario representa mi autorización y solicitud para los servicios de administración de medicamentos 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.
  - 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 mi hijo.
  - Entiendo que los medicamentos de emergencia para las convulsiones, incluidos los intranasales, solo pueden ser administrados por un miembro del personal de enfermería u otro profesional de la salud autorizado, de conformidad con las normativas del Estado de Nueva York

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

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

Nombre/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: \_\_\_\_\_ 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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Clarified  Modified