





Guía de orientación sobre kínder

para las familias de estudiantes con discapacidades que ingresan a kínder en el otoño de 2027



NYC Public Schools

Estimada familia:

El paso de preescolar a kínder marca el inicio de una nueva y emocionante etapa en la vida de su hijo. Sabemos que puede tener preguntas y esperamos que en esta guía encuentre las respuestas a muchas de ellas. La Guía de orientación sobre kínder ofrece información para las familias de niños con discapacidades que ingresarán a kínder en el otoño.

Asimismo, lo invitamos a que asista a nuestras reuniones de orientación sobre kínder, en las cuales:

- proporcionaremos información sobre el proceso de solicitud de ingreso a kínder (el proceso de admisión a kínder);
- explicaremos el proceso del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) de kínder;
- describiremos los servicios de educación especial disponibles para los niños en edad escolar; y
- contestaremos cualquier otra pregunta que tenga.

Si está interesado en asistir a una reunión de orientación sobre kínder, llame al 718-935-2013 para obtener más información o consulte la programación en nuestro sitio web: https://www.schools.nyc.gov/calendar.

Para obtener información sobre educación especial en las escuelas públicas de la Ciudad de Nueva York, lea nuestra Guía familiar de servicios de educación especial para niños en edad escolar (*Family Guide to Special Education School-Age Services*), disponible **en línea** en **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education-in-nyc**.

Estamos comprometidos a trabajar con las familias para garantizar el buen rendimiento de nuestros estudiantes. Nuestro personal estará disponible para contestar sus preguntas y brindarle ayuda mientras planificamos juntos el próximo año escolar. Esperamos colaborar con usted para que el paso de su hijo a kínder sea fácil y exitoso.

Atentamente,

Christina Foti
Vicecanciller
División de Aprendizaje Inclusivo y Accesible
Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York

Contenido



Educación especial en las escuelas públicas de la Ciudad de Nueva York 4

Preparación para kínder: dos procesos 5

Solicitar el ingreso a kínder 6

Proceso del IEP de kínder 9

Servicios de educación especial en las escuelas de los Distritos 1 al 32 15

Programas especializados en las escuelas de los Distritos 1 al 32 16

Distrito 75 19

Servicios relacionados 20

Otros programas y servicios 22

Recomendaciones para otras asignaciones de cupo 23

Derechos de los padres durante la transición de preescolar 24

Cómo obtener ayuda 26

Anexo A: Clasificaciones de discapacidad 27

Anexo B: Sitios web e información de contacto 28

Anexo C: Formularios de administración de medicamentos 29

Educación especial en las escuelas públicas de la Ciudad de Nueva York



Queremos garantizar que todos los estudiantes con discapacidades:

- tengan acceso a clases exigentes y cumplan con altos estándares académicos;
- reciban clases con los estudiantes que no tienen discapacidades, tanto como sea posible; y
- puedan asistir a sus escuelas zonales o a las escuelas de su interés en tanto sea posible, mientras reciben los apoyos necesarios para tener un buen rendimiento.

Todos los estudiantes con discapacidades que requieren servicios de educación especial tienen un Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP). El IEP es elaborado por un equipo del cual usted, como padre, forma parte. Contiene información sobre los intereses, los puntos fuertes y las necesidades de su hijo. El IEP también indicará los objetivos para el año escolar y describirá los programas de educación especial y servicios relacionados que se le proporcionarán a su hijo para ayudarlo a cumplir estos objetivos.



La educación especial no es una “clase” o un “lugar”. Abarca una amplia gama de apoyos y servicios:

- Un IEP puede incluir diferentes tipos de clases y servicios para diferentes partes del día escolar.
  - Por ejemplo, si un estudiante necesita más apoyo en lectura puede recibirlo en un grupo más pequeño y pasar el resto del día en una clase de educación general.
- Un IEP puede incluir servicios que se proporcionen en el salón de clases.
  - Por ejemplo, un terapeuta del habla puede trabajar con un estudiante durante una lección en el salón de clases.
- Un IEP puede incluir servicios que se proporcionen en otro lugar.
  - Por ejemplo, un consejero escolar puede trabajar con un estudiante en su oficina.

Con planes pensados para atender las necesidades específicas de cada alumno, las escuelas pueden proporcionar a los estudiantes con discapacidades el mayor acceso posible a las clases de educación general.

Preparación para kínder: dos procesos

Todas las familias de la Ciudad de Nueva York con niños que cumplan 5 este año deben solicitar el ingreso a kínder para poder recibir una oferta de cupo escolar. El proceso de admisión a kínder es su oportunidad de expresar sus preferencias sobre las escuelas a las que le gustaría que asistiera su hijo (teniendo en cuenta que la mayoría de los niños asisten a escuelas de su zona).

Como familia de un nuevo estudiante de kínder que podría necesitar servicios de educación especial, usted también participará en el proceso del Programa de Educación Individualizado de kínder (*Kindergarten IEP Process*, KIP). Mediante este proceso, el equipo del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) de su hijo determinará si necesita servicios de educación especial en kínder y, de ser así, cuáles serán esos servicios. Muchos estudiantes de kínder que necesitan servicios de educación especial pueden recibirlos en la escuela que les ofreció un cupo a través del proceso de admisión a kínder.

Proceso de admisión a kínder (solicitar el ingreso a kínder)	**Proceso del IEP de kínder (determinar apoyos y servicios de educación especial)**
Paso 1: De mediados de otoño a principios de invierno, debe explorar sus opciones de kínder. **(Consulte la página 6)**	**Paso 1:** El proceso del IEP de kínder comienza cuando el equipo del IEP se comunica con usted. A lo largo del proceso, recibirá distintos documentos conoci*dos como preavisos por escrito* (*Prior Written Notices,* PWN). Para comenzar, el equipo del IEP le entregará un PWN titulado "Aviso de recomendación" (*Notice of Recommendation*). **(Consulte la página 9)**
Paso 2: En el invierno, puede comenzar a solicitar el ingreso a kínder. Presente la solicitud antes de que venza el plazo. **(Consulte la página 7)**	**Paso 2:** Si fuera necesario, se podría revaluar a su hijo. **(Consulte la página 9)**
Paso 3: Si solicitó el ingreso a kínder y presentó su solicitud antes de que venciera el plazo, recibirá una carta con la oferta en la primavera. **(Consulte la página 7)**	**Paso 3:** Si su hijo tiene necesidades médicas, debe enviar los formularios médicos a su equipo del IEP antes de la reunión del IEP. **(Consulte la página 10)**
Paso 4: Una vez que haya recibido una carta con la oferta, inscriba a su hijo en la escuela (durante la primavera). **(Consulte la página 7)**	**Paso 4:** Participará en una reunión del IEP de kínder. Las reuniones se llevan a cabo entre marzo y finales de agosto. La fecha de la reunión dependerá de cuándo haya comenzado el proceso del IEP de kínder. **(Consulte la página 11)**
	Paso 5: Si su hijo necesita servicios de educación especial en kínder, recibirá una carta de color verde con la escuela asignada. Dependiendo de cuándo haya comenzado el proceso del IEP de kínder, recibirá esta carta entre finales del año escolar y fines de agosto. **(Consulte la página 13)**

Si solicita el ingreso a kínder, la asignación de cupo que reciba en la carta de color verde con la escuela asignada será la misma escuela que figura en su carta con la oferta, a menos que el IEP de su hijo recomiende una asignación especializada del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools*, NYCPS) (Distrito 75) o que su hijo haya sido aceptado en un programa especializado. Si usted no solicita el ingreso a kínder, no recibirá una carta con la oferta, pero recibirá un cupo en una escuela después de la reunión del IEP de su hijo.

Los niños pueden asistir a kínder el año calendario en que cumplen cinco años. Las familias deben comenzar a pensar en sus opciones de escuela en el otoño y participar en el proceso de admisión a kínder en el invierno para recibir una oferta de cupo. El proceso de admisión a kínder es distinto al proceso del IEP de kínder. **Los estudiantes con discapacidades deben participar en ambos procesos, tanto en el de admisión a kínder como en el del IEP de kínder.**

Se recomienda a todas las familias con niños que van a cumplir cinco años, entre ellos los que tienen un IEP, que soliciten el ingreso a kínder. No tiene nada que perder si presenta una solicitud de ingreso. Las familias que presentan una solicitud general para kínder reciben una oferta de cupo, la cual se basa solo en las prioridades de admisión de la escuela. Las solicitudes de ingreso no tienen en cuenta los servicios que figuran en el IEP. Esto significa que su hijo tiene la misma prioridad para las escuelas en su solicitud que un estudiante sin un IEP.

Si al final del proceso del IEP se le recomienda un programa especializado, puede descartar la oferta de cupo que recibió por medio de la solicitud general para kínder. En su lugar, recibirá una asignación final a través del proceso del IEP de kínder. Sin embargo, si no solicita el ingreso y finalmente es recomendado para un entorno de escuela comunitaria, puede perder la oportunidad de que su hijo asista a una escuela de su preferencia. En esta guía se explicará primero el proceso de admisión a kínder. Luego, se ofrecerán detalles sobre el proceso del IEP de kínder.

Proceso de admisión a kínder

Las ofertas de kínder se hacen de acuerdo con las reglas de admisión de cada escuela. La mayoría de las escuelas cuentan con un área a su alrededor llamada “zona”. Si usted vive dentro esta zona, esa es su “escuela zonal”. Para saber cuál es su escuela zonal y su distrito, llame al 311 o visite nuestro sitio web en **schools.nyc.gov/find-a-school**. Lo más probable es que los niños asistan a kínder en sus escuelas zonales, lo cual también es el caso de los estudiantes con discapacidades.

Todas las familias que presenten la solicitud antes de que venza el plazo recibirán una carta con la oferta de cupo.



Explore sus opciones

Visite nuestro sitio web en **schools.nyc.gov/Kindergarten** para obtener más información sobre el proceso de admisión a kínder y cómo se determinan las ofertas de cupo. Visite **myschools.nyc** para explorar las escuelas.

Solicite el ingreso

Usted puede solicitar el ingreso a su escuela zonal y a cualquier otra escuela que le interese a partir del invierno. No tiene que esperar a que el IEP de su hijo esté listo para solicitar el ingreso porque las decisiones de admisión a kínder no tienen en cuenta los IEP.



Hay dos formas de presentar la solicitud de ingreso a kínder:

- por internet en **myschools.nyc**;
- por teléfono, llamando al 718-935-2009.

Si necesita más ayuda, comuníquese con un Centro de Bienvenida a las Familias, de lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y viernes de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. (llame al 311 o ingrese a **schools.nyc.gov/welcomecenters** para obtener más información).

La solicitud de ingreso está disponible en 13 idiomas, tanto por internet como en persona. Se ofrece servicio de interpretación por teléfono en más de 200 idiomas. Para obtener más información sobre cómo solicitar el ingreso a kínder, visite **schools.nyc.gov/Kindergarten** o llame al 718-935-2009. Apúntese para recibir correos electrónicos con la información más reciente sobre el proceso de admisión a kínder en **schools.nyc.gov/Sign-Up**.

Reciba una oferta e inscríbase

Todas las familias que presenten una solicitud antes de que venza el plazo recibirán una oferta de cupo e información sobre cómo inscribirse en la escuela en la primavera. Cada estudiante entra automáticamente en la lista de espera de las escuelas que haya clasificado por encima de la que le asignaron a través del proceso (si reúne los requisitos).

Una vez que reciba la oferta de cupo, puede aceptarla por internet a través de **myschools.nyc**. También puede comunicarse directamente con la escuela o llamar al 718-935-2009 para aceptar la oferta de cupo por teléfono. Después de que acepte la oferta, deberá comunicarse con esa escuela y programar una cita para inscribirse.

Nota: Incluso si inscribe a su hijo en la escuela que le ofreció un cupo, sigue teniendo la posibilidad de aceptar una oferta de otra escuela que lo tenga en lista de espera. Durante el período de inscripción, tendrá que llevar a la escuela los documentos que se mencionan en la carta con la oferta. No tiene que esperar a que esté listo el IEP de su hijo para inscribirlo. De hecho, la mayoría de los estudiantes con un IEP asisten a la misma escuela que les fue asignada a través del proceso de admisión, por lo que le recomendamos que se inscriba en la escuela que le ofreció un cupo.

Si no acepta la oferta y no se inscribe, podría perder el cupo en esa escuela.

Aviso sobre escuelas accesibles

Algunos edificios escolares son accesibles para los estudiantes que tienen necesidades de accesibilidad. Para obtener una lista de las escuelas accesibles, consulte el Directorio de kínder, llame al 311 o visite nuestro sitio web: **https://www.schools.nyc.gov/accessibility.**

Todas las escuelas o programas de nuestro directorio de MySchools incluirán una de las tres categorías de accesibilidad: completamente accesible, parcialmente accesible o sin accesibilidad.

- Un edificio escolar **completamente accesible** es aquel construido después de 1992, que cumple todos los requerimientos de diseño de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*, ADA) y no tiene ninguna restricción de acceso para personas con impedimentos de movilidad.
- Un edificio escolar **parcialmente accesible** permite que las personas con impedimentos de movilidad entren y salgan del edificio, ingresen a los programas y utilicen por lo menos un baño; sin embargo, otras partes del edificio podrían no ser accesibles.

Si su hijo necesita una escuela accesible, debe solicitar el ingreso a escuelas que puedan satisfacer sus necesidades de accesibilidad. Una buena idea es visitar personalmente las escuelas que le interesa incluir en su solicitud de ingreso a kínder. Si se determina que su hijo tiene necesidades de accesibilidad, el Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools, NYCPS*) se asegurará de que se le ofrezca un cupo de kínder en una escuela accesible.

Recursos y contactos del proceso de admisión

Visite nuestro sitio web en **schools.nyc.gov/kindergarten**.

Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico a **ESenrollment@schools.nyc.gov** o llame al 718-935-2009.

Escuelas *charter*

Las escuelas *charter* son instituciones públicas gratuitas e independientes, abiertas a todos los estudiantes de la Ciudad de Nueva York. Las escuelas *charter* tienen procesos de admisión y de solicitud de ingreso distintos a los de las escuelas del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York. El plazo para solicitar el ingreso a la mayoría de las escuelas *charter* vence a principios de la primavera.

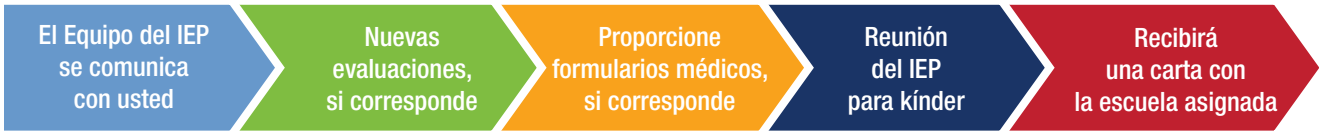
Los estudiantes con discapacidades pueden solicitar el ingreso a las escuelas *charter*. Las escuelas *charter* no pueden rechazar solicitudes debido a la discapacidad de un estudiante. Ya que no hay garantía de que lo acepten en una escuela *charter,* y dado que sus plazos de admisión son distintos a los del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York, le recomendamos que también presente una solicitud de ingreso a kínder del NYCPS. Si la escuela *charter* ofrece servicios que satisfacen las necesidades de su hijo, pero dichos servicios no concuerdan con los que figuran en el IEP del niño, la escuela puede pedirle al Comité de Educación Especial (*Committee on Special Education*, CSE) local que realice una nueva reunión del IEP, a la cual usted estará invitado.

Para obtener más información sobre las escuelas *charter*, ingrese a **schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools**.

Proceso del IEP de kínder

El Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools*, NYCPS) trabajará con usted para determinar si es necesario que su hijo reciba educación especial en kínder. A esto se le llama el proceso del IEP de kínder (*Kindergarden IEP Process*, KIP) y es muy importante que usted participe. Durante el proceso del IEP de kínder, el NYCPS le asignará el caso de su hijo a un equipo de una escuela pública o de una oficina de distrito del Comité de Educación Especial (*Committee on Special Education*, CSE). El equipo revisará el expediente de su hijo y determinará si se necesitan nuevas evaluaciones. Una vez que finalicen las evaluaciones, lo invitarán a participar en la reunión del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) de kínder, ya que usted es miembro del equipo del IEP de su hijo.

En la reunión del IEP, el equipo determinará si su hijo reúne los requisitos para recibir servicios de educación especial en kínder. De ser así, el equipo elaborará un IEP para su hijo, que detallará los programas de educación especial y servicios relacionados que recibirá en kínder.



Cómo se inicia el proceso del IEP

El equipo del IEP de kínder del NYCPS se comunicará con usted para iniciar el proceso. El equipo del IEP de kínder es parecido, pero no es el mismo equipo que elabora el IEP de preescolar de su hijo. Si su hijo está recibiendo servicios de educación especial preescolar para cuando comience su último año de preescolar, recibirá un paquete de bienvenida en el otoño y el equipo del IEP del NYCPS se pondrá en contacto con usted en el invierno (entre enero y marzo). Si su hijo comienza el proceso de evaluación de educación especial preescolar durante su último año de preescolar y no tiene un IEP de preescolar para marzo de su último año de preescolar, se pondrán en contacto con usted una vez que se haya completado ese proceso, normalmente en la primavera o el verano (entre abril y agosto) antes de entrar a kínder.

Cuando los miembros del equipo del IEP de kínder se comuniquen con usted, se presentarán y le explicarán el proceso del mismo. El Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York tiene la obligación de proporcionar documentación por escrito a las familias durante el proceso del IEP. A lo largo del proceso, recibirá distintos documentos conocidos como preavisos por escrito (*Prior Written Notices*, PWN). Para comenzar, el equipo del IEP le entregará un PWN titulado “Aviso de recomendación” (*Notice of Recommendation*). Este PWN explica que el NYCPS propone realizar una revaluación. Dicha revaluación determinará si su hijo sigue reuniendo los requisitos para recibir los servicios de educación especial y, de ser así, determinar cuáles servicios satisfacen sus necesidades el próximo año en kínder. Este PWN también incluirá la información de contacto de su equipo del IEP de kínder del NYCPS. Proporciona el nombre y número de teléfono de un miembro del personal. Por último, el PWN podría solicitar su autorización para realizarle evaluaciones a su hijo.

El equipo del IEP del NYCPS de su hijo podría utilizar una escuela pública de la Ciudad de Nueva York o una de las oficinas del Comité de Educación Especial (CSE) de su condado como su lugar de trabajo. La ubicación del equipo del IEP de su hijo no significa necesariamente que su hijo irá a la escuela en ese mismo lugar el próximo año. Se trata simplemente del equipo que colaborará con usted en el proceso de educación especial de kínder. Tanto usted como el maestro de educación especial de preescolar de su hijo y los proveedores de servicios relacionados son parte del equipo del IEP.

Si su hijo tiene un IEP para preescolar y, llegado el mes de marzo, no ha tenido noticias del equipo del IEP de kínder del NYCPS, envíe un correo electrónico a **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**.

Si se determinó que su hijo cumplía los requisitos para recibir servicios de educación especial preescolar, pero usted no autorizó los servicios o revocó (retiró) su consentimiento, de todas formas se comunicarán con usted en el invierno (entre enero y marzo) para comenzar el proceso del IEP de kínder. Aunque todo lo anterior permanece igual, recibirá un PWN un poco diferente titulado "Notificación del referido" (*Notice of Referral*). Esta carta explica que el Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York propone realizarle una evaluación inicial (con su autorización) a su hijo para determinar si reúne los requisitos para recibir servicios de educación especial cuando ingrese a kínder.

Nuevas evaluaciones (si son necesarias)

El Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York revisará el expediente de su hijo, incluyendo las evaluaciones y los informes de progreso elaborados por sus maestros de preescolar y los proveedores de servicios relacionados. Esto servirá para determinar qué nuevas evaluaciones son necesarias, si es que alguna. Le enviarán comunicaciones por correo postal o correo electrónico en la que le informarán si hacen falta nuevas evaluaciones. De ser así, también le enviarán una carta o un correo electrónico solicitando su autorización. Si usted lo autoriza, el NYCPS podría hacerle nuevas evaluaciones a su hijo, lo cual podría incluir una observación del niño en el salón de clases de preescolar.

También tiene derecho a solicitar que el NYCPS realice otras evaluaciones específicas, para lo cual puede enviar una carta o un correo electrónico a su equipo del IEP, y el NYCPS revisará esta solicitud. Le podrá entregar a su equipo del IEP cualquier informe de evaluación que no sea del NYCPS y otra documentación que usted desee que el equipo del IEP incluya en la evaluación. Si tiene informes de evaluaciones o documentos adicionales, entrégueselos al equipo del IEP antes de la reunión del IEP, a fin de que el equipo tenga tiempo suficiente para revisar y tener en cuenta el material.

Si se llevan a cabo nuevas evaluaciones, recibirá copias de los informes antes de la reunión del IEP.

Proporcione formularios médicos antes de la reunión del IEP (si corresponde)

Si su hijo necesita medicamentos o tratamiento durante el día escolar, o transporte especializado debido a una necesidad médica o de movilidad, su médico deberá llenar un Formulario de solicitud de adaptaciones médicas (*Medical Accommodation Request Form*, MARF), los formularios de administración de medicamentos (*Medication Administration Form*, MAF) o de orden de tratamiento (*Medically Prescribed Treatment Forms*, MPTF) para que usted se los proporcione al equipo del IEP.

Solo es obligatorio completar los formularios MAF que sean relevantes para las necesidades de su hijo durante el horario escolar. Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento y el inicio de la prestación de servicios.

Puede obtener estos formularios a través de su equipo del IEP o puede encontrarlos **por internet** en el sitio web del NYCPS: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**.

Una vez que el doctor de su hijo haya completado los formularios, hágaselos llegar a su equipo del IEP lo antes posible y guarde copias como constancia.

Si a su hijo le recomiendan atención personalizada por parte de personal de enfermería o personal de enfermería para el transporte, se le notificará a una agencia y se le solicitará que proporcione los servicios. La agencia necesitará que le proporcione los formularios MAF más actualizados que tenga.



Tenga en cuenta que la mayoría de las revisiones para enfermería se realizan con base en los formularios MAF del año en curso. Por lo general, los formularios MAF del año escolar siguiente están disponibles en la primera semana de mayo y será necesario completarlos para que se administren medicamentos o tratamiento médico el primer día de clases en septiembre. Esté atento en mayo cuando estén disponibles los formularios nuevos en: **https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**

Muchos estudiantes de preescolar reciben el apoyo intensivo de un enfermero personalizado simplemente porque no hay personal de enfermería en la escuela. La mayoría de las escuelas públicas de la Ciudad de Nueva York cuentan con personal de enfermería de tiempo completo en la sede, por lo que muchos estudiantes pueden ser atendidos de manera segura por el personal de enfermería escolar y ya no necesitarían atención personalizada.

Aviso sobre transporte especializado

El NYCPS ofrece transporte del domicilio a la escuela (especializado) a los estudiantes cuyos Programas de Educación Individualizado (*Individualized Education Programs*, IEP) recomiendan este servicio porque no pueden caminar a la escuela ni utilizar transporte público de manera segura con sus padres o tutores.

En el transporte del domicilio a la escuela, el bus recoge al estudiante en la acera más segura y cercana a su casa y lo lleva hasta la escuela. Solo los estudiantes cuyos **Programas de Educación Individualizados (IEP)** recomiendan servicio de transporte del domicilio a la escuela reúnen los requisitos para recibir dicho servicio. Los buses de transporte especializado cuentan con un conductor y un asistente.

Para algunos estudiantes que reciben servicio de bus del domicilio a la escuela, el Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York también proporciona adaptaciones de acuerdo con sus necesidades médicas o limitaciones de movilidad. Entre estos se incluyen servicios personalizados de enfermería o de un auxiliar de salud, silla adaptativa para automóvil o tiempo de viaje limitado. Si su hijo necesita alguno de estos servicios o adaptaciones, deberá proporcionarle a su equipo del IEP una autorización HIPAA y el Formulario de solicitud de adaptaciones médicas (MARF), que lo debe llenar el médico de su hijo, con la mayor antelación posible a la reunión del IEP.

Si su hijo no recibe una recomendación para servicio de transporte del domicilio a la escuela, le podrían asignar una parada para el servicio desde la parada hasta la escuela, dependiendo de dónde vive con respecto a la escuela que usted seleccione y de si la escuela ofrece servicio desde la parada hasta la escuela. Comuníquese con el coordinador del servicio de transporte de la escuela para obtener más información sobre las opciones de transporte.

Reunión del IEP de kínder

Recibirá una carta con la fecha, la hora y el lugar de la reunión del **IEP** de su hijo con al menos cinco días de anticipación.

Lo más probable es que la reunión del IEP de su hijo se haga en la escuela primaria zonal del estudiante, a partir de finales del invierno (dado que muchos de los casos del proceso KIP se asignan a la escuela zonal). Tenga en cuenta que eso no significa que su hijo asistirá a esa escuela.



Usted, el padre o tutor, es un miembro muy importante del equipo del IEP. Otros miembros del equipo del IEP pueden participar en persona, de forma virtual o por teléfono, entre ellos:

- **Los maestros y los proveedores de servicios relacionados de su hijo (es muy importante que participen).**
- Un representante de la escuela que le ofreció un cupo de kínder a su hijo.
- Un psicólogo de la escuela.
- Otras personas que conozcan a su hijo o tengan un conocimiento en particular.

Si usted solamente habla un idioma distinto del inglés, dígale con tiempo a su equipo del IEP que va a necesitar un intérprete en la reunión del IEP, y el NYCPS se lo proporcionará.

Un "padre miembro" es el padre de otro niño que ha tenido un IEP. Usted puede solicitar que un padre miembro vaya a la reunión del IEP de su hijo. También puede pedir que un médico escolar lo acompañe en la reunión. Si desea que un padre miembro o un médico escolar vaya a la reunión del IEP, debe pedírselo por escrito a su equipo del IEP al menos 72 horas antes de la reunión.

Requisitos para servicios de educación especial en kínder

En la reunión del **IEP** de kínder, el equipo del IEP se encargará de lo siguiente:

- determinar si su hijo necesita educación especial en kínder ("si reúne los requisitos"); y, si es así,
- elaborar un IEP o un Programa de Servicios de Educación Individualizado (*Individualized Education Services Program*, IESP) de kínder.

Si su hijo no reúne los requisitos, el equipo del IEP redactará la documentación indicando que su hijo no califica o que ha sido "desclasificado".

En preescolar, a cada niño que tiene un IEP se lo "clasifica" como "Estudiante de preescolar con una discapacidad" en el IEP.

Desclasificado/No reúne los requisitos

Si su hijo tiene un IEP de preescolar pero el equipo del IEP concluye que no reúne los requisitos para recibir servicios de educación especial en kínder, será "desclasificado". En ese caso, su hijo asistirá a una clase de educación general en kínder. Así también, el equipo del IEP podría recomendar servicios de apoyo durante el primer año en el que su hijo no reciba servicios de educación especial. Entre los "servicios de apoyo para la desclasificación" se encuentran::

- apoyo educativo
- adaptaciones
- o servicios relacionados, como terapia del habla o asesoramiento

Si su hijo no tiene un IEP de preescolar y está siendo evaluado por primera vez, y el equipo del IEP concluye que

no cumple los criterios de ninguna de las 13 clasificaciones de discapacidad, se declarará que su hijo no reúne los requisitos para recibir servicios de educación especial. En ese caso, su hijo asistirá a una clase de educación general en kínder.

Si su hijo no cumple con los criterios de una de las 13 clasificaciones de discapacidad, pero tiene ciertas necesidades de salud o de conducta que pudieran requerir adaptaciones para su plena participación en los programas o actividades de la escuela, podría reunir los requisitos para adaptaciones según la Sección 504. Para obtener más información sobre los planes de adaptaciones según la Sección 504, consulte **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations** en el sitio web del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (*NYC Public Schools*, NYCPS) o comuníquese con el coordinador de la Sección 504 o consejero escolar de la escuela al inicio del año escolar de kínder.

Programa de Educación Individualizado (IEP) de kínder

Si su hijo necesita servicios de educación especial en kínder, se elaborará un Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP). El IEP incluirá información sobre los puntos fuertes, los intereses y las necesidades individuales de su hijo. El equipo del IEP fijará objetivos que describan las habilidades que su hijo desarrollará en kínder. Luego, el equipo del IEP decidirá qué apoyos, servicios y entorno escolar necesitará su hijo para alcanzar esos objetivos. Después de la reunión del IEP, le darán una copia del IEP o se la enviarán por correo en un plazo de dos semanas.

Programa de Servicios de Educación Individualizado (IESP) de kínder

Si su hijo asistirá a una escuela privada o religiosa en la Ciudad de Nueva York, es posible que pueda recibir servicios de educación especial o servicios relacionados proporcionados por el NYCPS. Si decide que su hijo estudie en una escuela privada o religiosa, debe informar a su equipo del IEP que no desea utilizar los servicios de educación especial en una escuela pública. Si su hijo reúne los requisitos para educación especial, el equipo del IEP elaborará un Programa de Servicios de Educación Individualizado (*Individualized Education Services Program*, IESP). El IESP describirá los servicios de educación especial y servicios relacionados que se le deben proporcionar al estudiante mientras asiste a una escuela privada o religiosa. Deberá informarle a su equipo del IEP el nombre y la dirección de la escuela a la que su hijo asistirá. Si no está seguro de a qué escuela asistirá su hijo, el equipo del IEP deberá elaborar un IEP en lugar de un IESP.

Si decidió matricular a su hijo en una escuela fuera de la Ciudad de Nueva York, deberá informárselo a su equipo del IEP. El representante le dará la información de contacto del distrito escolar donde está ubicada la escuela de su hijo, y dicho distrito trabajará con usted en la elaboración de un plan y en el suministro de los servicios de educación especial.

Si en algún momento después de la elaboración del IESP cambia de planes y prefiere solicitar un IEP y un cupo en una escuela pública, comuníquese con su equipo del IEP para solicitar una nueva reunión del IEP.

Recibirá una carta con la escuela asignada

Recibirá por correo una carta de color verde con “la escuela asignada”. Debería recibirla entre finales de la primavera y finales del verano. La carta contiene información sobre el IEP de su hijo y sobre la escuela que proporcionará los servicios de educación especial recomendados, es decir, su asignación de cupo. Le enviarán la carta de color verde con la escuela asignada solo si a su hijo le recomiendan una escuela no especializada de los Distritos 1 al 32 o una escuela especializada del Distrito 75.

La mayoría de los estudiantes reciben una recomendación de cupo para una escuela de los Distritos 1 al 32. (**Consulte la página 15**). Las siguientes son tres situaciones en las que a su hijo le podrían asignar una escuela de los Distritos 1 al 32, dependiendo de cómo haya solicitado el ingreso:

- Si usted solicita el ingreso a kínder, la escuela que le ofreció un cupo a su hijo y en la cual lo preinscribió le proporcionará los servicios.
- Si no solicita el ingreso a kínder, a su hijo le asignarán una escuela en el distrito donde vive y allí le proporcionarán los servicios.
- Si a su hijo lo aceptan en un "programa especializado" (como Horizon, Nest o ACES), le asignarán cupo en una escuela que le pueda ofrecer ese programa. (**Consulte la página 16**).



Si el IEP de su hijo recomienda una escuela especializada (del Distrito 75), al niño le asignarán una escuela apropiada del Distrito 75. (**Consulte la página 19**).

Si el IEP de su hijo recomienda una escuela no pública aprobada, avalada o administrada por el Estado, los servicios recomendados serán proporcionados en la escuela en la que fue aceptado.

Si su hijo necesita asistir a una escuela accesible, recibirá una asignación en una escuela con dichas características.

Reunión con la familia

Luego de recibir la carta de color verde con la escuela asignada, el personal de la nueva escuela de su hijo podría invitarlo a una "reunión con la familia" si esta no participó en la reunión del IEP para kínder. Esa reunión le dará la posibilidad de visitar la escuela, revisar el IEP de su hijo con el personal escolar, compartir información sobre el niño y hacer preguntas sobre los servicios recomendados en el IEP. La reunión con la familia es una conversación informal. Si prefiere una conversación telefónica o no quiere llevar a cabo la reunión, informe a la escuela. Si quiere visitar la escuela o tener una reunión, puede comunicarse con el coordinador de padres o el director de la escuela.

Recursos y contactos del proceso KIP

Comuníquese con su equipo del IEP si tiene preguntas o inquietudes. Su equipo del IEP le brindará apoyo durante todo el proceso del IEP de kínder. La información del contacto de su equipo del IEP figura en la notificación del referido (*Notice of Referral*) enviada al inicio del proceso del IEP de kínder (*Kindergarten IEP Process*, KIP). También puede consultar la sección "Cómo obtener ayuda". (**Consulte la página 26**).

También puede visitar nuestro sitio web en **schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation**.

Si tiene cualquier otra pregunta sobre el proceso KIP, envíe un correo electrónico a **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** o llame al 718-935-2007.

Servicios de educación especial en las escuelas de los Distritos 1 al 32

La mayoría de los estudiantes con un IEP asisten a la escuela que les correspondería si no tuvieran un IEP. A continuación, se describen los programas educativos que se ofrecen en las escuelas de los Distritos 1 al 32:

Educación general con servicios relacionados

Los niños aprenden en el mismo salón de clases que los estudiantes sin discapacidades y reciben servicios relacionados (como terapia del habla y del lenguaje o asesoramiento), ya sea en el salón o en un lugar aparte. **Consulte la página 20** para conocer en detalle los servicios relacionados más comunes.

Educación general con servicios de apoyo ofrecidos por un maestro de educación especial (SETSS).

Los niños aprenden en el mismo salón de clases que los estudiantes sin discapacidades y reciben servicios de apoyo ofrecidos por un maestro de educación especial (*Special Education Teacher Support Services*, SETSS). El IEP de su hijo podría recomendar servicios SETSS directos o una combinación de servicios SETSS directos e indirectos.

- **Servicios SETSS directos**: durante una parte del día escolar, un maestro de educación especial ofrece enseñanza especialmente diseñada de un modo directo a un grupo de hasta ocho estudiantes. Puede ser en un salón de clases de educación general o en otro lugar de la escuela.
- **Servicios SETSS indirectos:** un maestro de educación especial trabaja con el maestro principal de educación general para ajustar el entorno de aprendizaje y modificar la enseñanza para satisfacer las necesidades de los estudiantes.



Coenseñanza Integrada (ICT)

Las clases de Coenseñanza Integrada (*Integrated Co-Teaching*, ICT) son clases de educación general dirigidas tanto a estudiantes con un IEP como sin un IEP. No más de 12 estudiantes (o el 40%) en la clase pueden tener un IEP. Hay dos maestros en todo momento en el salón de clases: un maestro de educación general y uno de educación especial. Los maestros trabajan en equipo y colaboran para ajustar las lecciones y modificar la enseñanza, a fin de garantizar que todos los estudiantes participen.

Clase especial

En una clase especial, todos los niños cuentan con un IEP y tienen necesidades que no se pueden satisfacer dentro de un salón de clases de educación general. Un maestro de educación especial les imparte enseñanza especializada. Las clases especiales de las escuelas primarias de los Distritos 1 al 32 tienen un máximo de 12 estudiantes cuyas edades varían en un rango de tres años y que tienen necesidades educativas similares. La clase especial podría tener un auxiliar docente para apoyo adicional. Frecuentemente, las clases de educación especial se definen según la proporción de la cantidad de personal por estudiante:

- 12:1 (12 estudiantes, un maestro de educación especial)
- 12:1+1 (12 estudiantes, un maestro de educación especial, un auxiliar docente)

Los programas especializados son entornos de salón de clases y modelos de servicio estructurados de forma exclusiva. El equipo del IEP de su hijo podría mencionarle los programas especializados en la reunión del IEP si la clasificación de la discapacidad educativa de su hijo es de autismo, intelectual, múltiple o emocional, o si se le recomienda educación especial bilingüe. Para algunos programas especializados, podría ser necesario presentar una solicitud. Si se determina que un programa especializado es el mejor apoyo para su hijo, podrían asignarle una escuela distinta a la que le asignaron en el proceso de admisión a kínder. Entre los programas especializados se encuentran:

Programa de Habilidades Esenciales, Académicas y Vocacionales (ACES)

Los programas de Habilidades Esenciales, Académicas y Vocacionales (*Academic, Career, and Essential Skills*, ACES) ofrecen a los estudiantes la oportunidad de aprender contenido académico, aptitudes laborales y de vida en una escuela de los Distritos 1 al 32. Los programas ACES brindan apoyo a ciertos estudiantes clasificados con una discapacidad intelectual (*intellectual disability*, ID) o múltiples discapacidades (*multiple disabilities*, MD) en una clase más pequeña.

Si usted considera que el programa ACES es el que le conviene a su hijo, hable con la escuela de su hijo y el equipo del IEP y puede enviar una solicitud al equipo central de ACES en cualquier momento. Las solicitudes están disponibles en nuestro sitio web en **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**, o comuníquese con el equipo de ACES escribiendo al **ACESprograms@schools.nyc.gov** y le enviarán una solicitud por correo electrónico.

El personal de la escuela también le puede ayudar con el proceso de solicitud. El equipo de ACES trabajará con usted y el equipo del IEP para garantizar que todas las evaluaciones estén al día (realizadas dentro del último año antes de la fecha de solicitud). En el caso de los niños que ingresan a kínder en septiembre, se recomienda que las familias o las escuelas se comuniquen con el equipo central de ACES lo antes posible.

Programas para estudiantes con autismo

Nest, Horizon y AIMS son tres programas del NYCPS que apoyan a los estudiantes con autismo. Estos están disponibles en los Distritos 1 al 32, y el programa AIMS también está disponible en el Distrito 75. Cada programa busca desarrollar habilidades académicas, lingüísticas, sociales y de comunicación.

El programa Nest proporciona un entorno de Coenseñanza Integrada (*Integrated Co-Teaching*, ICT) más pequeño en ciertas escuelas de los Distritos 1 al 32 para estudiantes con autismo. La mayoría de los estudiantes del programa Nest rinden a un nivel equivalente o superior a su grado y pueden trabajar de manera independiente por ciertos períodos.

El programa Horizon consiste en una clase especial de hasta ocho estudiantes, con un maestro de educación especial y un auxiliar docente. Los estudiantes del programa Horizon pueden acercarse a los estándares de su grado en algunas asignaturas, para lo cual necesitan recibir enseñanza en grupos pequeños u otros apoyos o modificaciones para tener un buen rendimiento.



AIMS es un programa que brinda apoyo a estudiantes con autismo en grados de kínder a 2.º en un entorno de clases pequeñas de seis estudiantes con autismo que tienen necesidades de apoyo intensivo en áreas relacionadas con la preparación del estudiante, el lenguaje, la comunicación, las actividades de la vida diaria y la conducta.

Componentes del programa AIMS:

- El Análisis Conductual Aplicado (*Applied Behavior Analysis*, ABA) usa un enfoque basado en evidencias para entender y mejorar las conductas para apoyar la participación de los estudiantes.
- La conducta verbal que es un método para enseñar la comunicación y el lenguaje.
- Métodos educativos para adaptar el entorno del salón de clases para las necesidades de los estudiantes, incluyendo medios visuales, horarios y sistemas de organización.

Si usted considera que un programa para estudiantes con autismo es el que le conviene a su hijo, envíe una solicitud al equipo central de apoyo a estudiantes con autismo en cualquier momento. El personal de la escuela también le puede ayudar con el proceso de solicitud.

Envíe una solicitud electrónica a través del sitio web del NYCPS en **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**. Si tiene problemas, comuníquese con la escuela o con el equipo del IEP de su hijo para enviar una solicitud. El equipo central de apoyo a estudiantes con autismo trabajará con usted y el equipo del IEP para garantizar que todas las evaluaciones estén al día. En el caso de los niños que ingresan a kínder en septiembre, se recomienda que las familias o las escuelas se comuniquen con el equipo central de apoyo a estudiantes con autismo lo antes posible enviando un correo electrónico a **autismprograms@schools.nyc.gov**.

Educación Especial Bilingüe

Los programas de Educación Especial Bilingüe (*Bilingual Special Education*, BSE) están dirigidos a estudiantes que tienen discapacidades y que están aprendiendo inglés. Estos programas ayudan a los niños a desarrollar destrezas escolares, de lenguaje y de comunicación.

Algunos de los programas BSE ayudan a los estudiantes a aprender tanto el idioma inglés como su idioma materno, de tal manera que lleguen a ser bilingües y sepan leer y escribir en ambos idiomas. Otros programas utilizan el idioma materno para respaldar el aprendizaje mientras los estudiantes fortalecen sus destrezas en el idioma inglés. Con el tiempo, algunos estudiantes pasan a clases que se enseñan solo en inglés.



Los programas BSE se ofrecen en distintos tipos de clases:

- Coenseñanza Integrada (*Integrated Co-Teaching*, ICT): Estudiantes con discapacidades y estudiantes sin discapacidades aprenden juntos. Estas clases cuentan con maestros de educación general y maestros de educación especial que hablan el idioma materno del estudiante.
- Clases especiales (clases más pequeñas con una proporción de 12:1:1 o 15:1): Estas clases cuentan con menos estudiantes y están a cargo de un maestro de educación especial bilingüe, algunas veces con la ayuda de un auxiliar docente bilingüe.

En todos los tipos de clases, los maestros podrían utilizar el inglés y el idioma materno del estudiante para respaldar el proceso de aprendizaje.

Las familias aprenden sobre las opciones de programas BSE durante el proceso del IEP de kínder.
Las familias pueden:

- Aceptar un programa bilingüe, o
- Elegir un programa solo en inglés (monolingüe)

Si una familia elige un programa solo en inglés, el estudiante de todas formas recibirá servicios de educación especial.Si el estudiante está aprendiendo inglés, también recibirá apoyo a través del programa de Inglés como Nuevo Idioma (*English as a New Language*, ENL).

Las familias pueden solicitar otra reunión del IEP en cualquier momento para hablar sobre las opciones de programas o de idioma. El objetivo es lograr que cada estudiante reciba el apoyo que necesita para sobresalir en la escuela.

Las familias pueden visitar el sitio web del NYCPS o consultar la Guía de recursos para las familias sobre educación especial bilingüe para obtener más información. **http://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**

Programa Path

El programa Path ofrece apoyo socioemocional para el salón de clases y enseñanza directa de destrezas de regulación emocional para ciertos estudiantes. El programa Path se desenvuelve en un salón de clases inclusivo, utilizando el modelo de Coenseñanza Integrada (*Integrated Co-Teaching*, ICT) con el apoyo de los maestros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Los maestros y el personal de servicios relacionados utilizan prácticas pedagógicas sensibles al trauma y proporcionan apoyo socioemocional y comportamental en el salón de clases. Puede encontrar información en el sitio web: **Programas especializados para estudiantes con discapacidades (nyc.gov)** o enviar un correo electrónico a **pathprograms@schools.nyc.gov** para hablar con un miembro del equipo.

Más información

Para obtener información adicional acerca de los programas especializados en las escuelas de los distritos 1 al 32 y sobre cómo saber si su hijo reúne los requisitos, visite el sitio web de los programas especializados en: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** o envíe un correo electrónico a **specializedprograms@schools.nyc.gov.**

Distrito 75

El Distrito 75 ofrece educación altamente especializada para estudiantes con dificultades considerables. Los programas del Distrito 75 se pueden ofrecer en clases especiales ubicadas en escuelas de los Distritos 1 al 32 o en sedes escolares donde todos los estudiantes tienen un IEP. Algunos servicios del Distrito 75 se pueden ofrecer en salones de clases de educación general.

Las clases del Distrito 75 para estudiantes de kínder incluyen:

Proporción de la clase especial	Descripción
12:1+1 · 12 estudiantes · 1 maestro · 1 auxiliar docente	Para estudiantes con necesidades académicas o de comportamiento que interfieren en el proceso de enseñanza y requieren apoyo adicional de un adulto y enseñanza especializada.
8:1+1 · 8 estudiantes · 1 maestro · 1 auxiliar docente	Para estudiantes con necesidades graves y crónicas, que además requieren supervisión constante e intensiva, un considerable grado de atención personalizada, intervención y control de la conducta.
6:1+1 · 6 estudiantes · 1 maestro · 1 auxiliar docente	Para estudiantes con necesidades muy grandes en todas o la mayoría de las áreas, entre ellas, el desarrollo académico, social o interpersonal, el desarrollo físico y la capacidad de control. Las clases ofrecen programación individualizada muy intensiva, supervisión continua de adultos, un programa especializado de manejo de la conducta para realizar todas las labores y un programa de terapia del habla y del lenguaje (que puede incluir comunicación aumentativa o alternativa).
12:1+4 · 12 estudiantes · 1 maestro · 1 auxiliar docente por cada tres estudiantes	Para estudiantes que tienen discapacidades graves y múltiples con una variedad de dificultades, entre ellas, lenguaje, aptitud académica y funcionamiento independiente limitados. Estas clases ofrecen un programa que se rige por un plan de estudios adaptado con acceso alternativo a enseñanza, capacitación para las actividades de la vida diaria, desarrollo de las habilidades de comunicación, estimulación sensorial e intervenciones terapéuticas.

El Distrito 75 también proporciona servicios de clase especial para estudiantes con discapacidades visuales y auditivas significativas. Durante el día escolar se utilizan servicios y equipos especializados. Los servicios incluyen audiología, tecnología de apoyo, interpretación al lenguaje de señas, orientación y movilidad, y sistema braille.

Visite nuestro sitio web: **district75nyc.org** o llame al 212-802-1500 para obtener más información y una lista de las sedes de los programas.

Servicios relacionados



El Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) de su hijo podría recomendar servicios relacionados. Estos servicios tienen como objetivo ayudar al estudiante a alcanzar sus metas académicas. El IEP de su hijo podría recomendar servicios relacionados en el salón de clases, donde los proveedores de dichos servicios pueden trabajar con maestros, auxiliares docentes y otros adultos para apoyar al estudiante. De lo contrario, el IEP de su hijo podría recomendar servicios relacionados en otros lugares de la escuela. El IEP de su hijo podría recomendar servicios relacionados de forma individual o en un grupo pequeño. Algunos ejemplos de servicios relacionados son:

- **Asesoramiento**: ayuda a los estudiantes a mejorar sus habilidades sociales y emocionales en la escuela. Las metas podrían apuntar a una conducta escolar apropiada y el autocontrol, las relaciones con los compañeros, la resolución de conflictos y el aumento de la autoestima.
- **Servicios de educación para estudiantes con trastornos auditivos**: ayudan a los estudiantes con sordera o trastornos auditivos a mejorar las aptitudes comunicativas. Las metas podrían enfocarse en la lectura de labios, la capacitación del oído (escuchar) y el desarrollo del lenguaje.
- **Terapia ocupacional**: ayuda a los estudiantes para que puedan realizar todas las actividades educativas, incluyendo destrezas para la vida (tales como la alimentación y el cuidado personal) y las habilidades sociales a través del desarrollo de:
  - Habilidades motoras finas (movimiento de brazos, manos y dedos)
  - Habilidades motrices visuales (control entre ojos y manos)
  - Procesamiento sensorial (cómo usar la información de los sentidos)
  - Funciones cognitivas (resolución de problemas, memoria, atención)
- **Servicios de orientación y movilidad**: ayudan a los estudiantes con trastornos visuales a mejorar su capacidad para estar consciente de su entorno y a moverse de manera segura en él.
- **Terapia física**: ayuda a garantizar el acceso de los estudiantes al entorno educativo. Incluye, entre otros:
  - Movilidad en la escuela (acceso a varias áreas de la escuela, bien sea caminando, en silla de ruedas u otra forma de desplazamiento).
  - Actividades del salón de clases (funciones relacionadas con la participación física y el desplazamiento dentro del entorno del salón de clases).
  - Acceso y participación en el comedor, patio de juegos, baño, transporte, etc.
  - Transición de la escuela a las actividades postescolares.
- **Servicios de enfermería escolar**: ayudan a los estudiantes que tienen necesidades médicas a estar seguros y participar en la escuela.
- **Terapia del habla y del lenguaje**: ayuda a los estudiantes a desarrollar las habilidades de comprensión y expresión oral. Las metas estarían dirigidas a:

- Habilidades fonológicas (organizar los sonidos del habla)
- Comprensión (comprender el lenguaje)
- Lenguaje expresivo (combinar las palabras para crear frases con sentido)
- Articulación (formar sonidos claros al hablar)
- Habilidades de lenguaje social

- **Servicios de educación para estudiantes con trastornos visuales:** ayudan a los estudiantes que son ciegos o tienen trastornos visuales a usar el sistema braille.
  Promueven las prácticas inclusivas para apoyar a todos los estudiantes. Los servicios relacionados deben:

  - estar recomendados en el entorno de aprendizaje natural del estudiante y en grupos que sean apropiados para el mismo;
  - ser servicios recomendados de manera individual para desarrollar destrezas específicas previamente identificadas;
  - revisarse periódicamente para determinar el momento oportuno en el que se deba recomendar una modalidad de servicio más inclusivo (entorno de aprendizaje natural); y
  - revisarse anualmente con un enfoque particular en prácticas inclusivas.

Otros programas y servicios

A continuación se describen otros programas y servicios que podrían ser recomendados en el Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) de un estudiante.

Servicios y aparatos de tecnología de apoyo

Un aparato de tecnología de apoyo (*Assistive Technology*, AT) es todo equipo, producto o sistema utilizado para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de un niño, como tableros de comunicación, dispositivos de comunicación, sistemas de FM y acceso a computadoras o tabletas. Los servicios de tecnología de apoyo proporcionan ayuda para utilizar estos aparatos.

Educación física adaptada

La Educación Física Adaptada (*Adapted Physical Education*, APE) es un programa educativo especialmente estructurado para actividades de desarrollo, juegos, deportes y ritmos según los intereses, las capacidades y las limitaciones de los estudiantes con discapacidades. El equipo del IEP recomendará el programa APE para su hijo si la discapacidad le impidiera participar de forma segura y satisfactoria en el programa de educación física regular de la escuela, ya sea con o sin modificaciones.

Servicios de año escolar prolongado (servicios de 12 meses)

Los servicios de año escolar prolongado se proporcionan a los estudiantes con discapacidades que requieren clases de educación especial o servicios relacionados durante el verano, a fin de mantener el progreso obtenido durante el año escolar.

Enseñanza en el hogar y en el hospital

Las clases en el hogar o en un hospital son servicios educativos que se ofrecen a los estudiantes cuyas necesidades emocionales o médicas les impiden asistir a la escuela. Se proporcionan solo hasta que el menor pueda regresar a la escuela o hasta que le den de alta en el hospital. También se le podrían ofrecer a un menor que está a la espera de una asignación de cupo que aún no está disponible.



Servicios de auxiliar docente

Los auxiliares docentes son ayudantes (no maestros) que trabajan con los estudiantes que necesitan el apoyo de un adulto más allá del proporcionado por los maestros y los proveedores de servicios. Los auxiliares docentes pueden apoyar a toda la clase o trabajar con uno o varios niños a la vez. Pueden trabajar con los menores durante todo o parte del día escolar. Los auxiliares docentes pueden ayudar con el control de la conducta o las necesidades médicas. También podrían ser recomendados para que ayuden con servicios de orientación y movilidad o enseñen a usar el baño.

Recomendaciones para otras asignaciones de cupo



Los estudiantes cuyas necesidades no se pueden satisfacer en una escuela de los Distritos 1 al 32 o del Distrito 75 podrían en su lugar obtener una recomendación de cupo en uno de los entornos que se describen a continuación.

Escuelas no públicas aprobadas por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED)

Las escuelas no públicas aprobadas por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York (*New York State Education Department*, NYSED) ofrecen programas para estudiantes cuyas necesidades educativas intensivas no se pueden satisfacer en programas de escuelas públicas. A estas escuelas solo asisten estudiantes con discapacidades. Las escuelas no públicas aprobadas por el NYSED ofrecen servicios de "día", es decir, durante el horario escolar, o "residenciales", es decir, las 24 horas del día.

Las escuelas residenciales aprobadas por el NYSED atienden a estudiantes cuyas necesidades educativas son tan intensivas que requieren atención las 24 horas del día. Estas escuelas ofrecen una programación intensiva en el salón de clases y un entorno de vida estructurado en las instalaciones escolares las 24 horas.

Si el equipo del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) recomienda un cupo en una escuela no pública en el IEP de su hijo, le pedirá ayuda al Equipo Central de Apoyo (*Central Based Support Team*, CBST). El CBST es la oficina del NYCPS encargada de asignarles a los estudiantes escuelas no públicas aprobadas por el Estado. Un asesor de casos del CBST solicitará el ingreso a escuelas no públicas en nombre de su hijo. Usted debe participar en el proceso de solicitud de ingreso, el cual podría incluir entrevistas o visitas a las escuelas.

Escuelas con apoyo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED)

Las escuelas con apoyo del Estado (también conocidas como "escuelas 4201") prestan servicios de educación especial intensivos a niños sordos, ciegos o que tienen discapacidades emocionales o médicas graves. El equipo del IEP decidirá si el estudiante necesita este tipo de programa. Algunas escuelas con apoyo del Estado son escuelas diurnas y otras proporcionan atención residencial cinco días a la semana para niños que requieren programación las 24 horas. Si usted cree que una escuela con apoyo del Estado podría ser apropiada para su hijo, su equipo del IEP lo puede ayudar con el proceso.

Derechos de los padres durante la transición de preescolar

Como padre de un estudiante que ingresa a kínder, usted tiene una serie de derechos.

- Tiene derecho a autorizar o denegar nuevas evaluaciones que el equipo del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) determine necesarias. Sin embargo, si su hijo tiene un IEP de preescolar y el equipo del IEP trata de comunicarse con usted para obtener su autorización, pero usted no responde, es posible que las evaluaciones se hagan sin su consentimiento.
- Tiene derecho a solicitar que se realicen evaluaciones específicas y para ello debe escribirle a su equipo del IEP.
- Tiene derecho a entregarle al equipo del IEP copias de evaluaciones realizadas por su cuenta y pedirle que revise y tenga en consideración esos informes.
- Tiene derecho a ser un miembro con igualdad de derechos del equipo del IEP de su hijo y participar de forma significativa en la toma de decisiones durante todas las reuniones.
- Tiene derecho a invitar a otras personas con conocimientos o experiencia particular acerca de su hijo a que asistan a las reuniones del IEP para que participen en el proceso de toma de decisiones.
- Tiene derecho a recibir copias de las evaluaciones y los informes de progreso de su hijo antes de las reuniones del IEP, así como copias del IEP dentro de las dos semanas posteriores a la reunión.
- Tiene derecho a solicitar una nueva reunión del IEP, una mediación o una audiencia imparcial, o presentar una queja ante el Estado de Nueva York, si no está de acuerdo con la decisión que se tome sobre su hijo.
- Tiene derecho a revocar (retirar) su consentimiento, en cualquier momento, para todos los programas de educación especial y los servicios relacionados a través de una carta dirigida al equipo del IEP. Si así lo hace, el expediente académico de su hijo indicará que recibió servicios de educación especial preescolar.
- Tiene derecho a un intérprete para las reuniones del IEP. También puede obtener una traducción del IEP de su hijo, de informes de evaluaciones o de notificaciones, o servicios de interpretación adicionales relacionados con el IEP, para lo cual debe comunicarse con el equipo del IEP.
- Tiene derecho a recibir una notificación acerca de la asignación a un programa de educación especial y los servicios dentro de plazos específicos. Para estudiantes que cumplirán 5 años este año calendario y que ingresarán a kínder en el otoño:

Si se recibe un referido...	...el cupo debe ofrecerse a más tardar:
entre el 2 de septiembre y el 3 de marzo	**15 de junio**
entre el 4 de marzo y el 1 de abril	**15 de julio**
entre el 2 de abril y el 12 de mayo	**16 de agosto**
entre el 13 de mayo y el 31 de agosto	**60 días escolares a partir de la fecha del referido**



Esto significa que, si su hijo tenía un IEP de preescolar antes de marzo, o si usted pide un referido para que su hijo reciba evaluaciones de educación especial antes de marzo, el Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York debe informarle sobre los servicios y la asignación escolar para septiembre a más tardar el 15 de junio. El Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York especificará los servicios que se le ofrecerán a su hijo y le indicará la escuela en la que recibirá dichos servicios.

- Llame al 311 o envíe un correo electrónico a **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** si no recibe una asignación de cupo a los pocos días de los plazos indicados anteriormente. Si el IEP recomienda una clase especial y el NYCPS no ofrece la asignación recomendada dentro de los plazos indicados anteriormente, podría tener derecho a inscribir a su hijo en un programa apropiado en una escuela no pública aprobada por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, sin costo alguno para usted.
- Tiene derecho a solicitar una evaluación independiente pagada por el NYCPS si no está de acuerdo con la evaluación que este llevó a cabo. Debe notificar por escrito al NYCPS respecto a esta solicitud. El NYCPS puede aceptar pagar una evaluación independiente o solicitar una audiencia imparcial para demostrar que su evaluación es suficiente.
- Tiene derecho a que se realice una evaluación independiente pagada por el NYCPS si este no completa las evaluaciones dentro de los plazos fijados en la tabla de abajo (a menos que el NYCPS no haya sido responsable de la demora).

Si se recibe una solicitud de revaluación...	...la evaluación debe realizarse a más tardar:
entre el 2 de septiembre y el 3 de marzo	**1 de junio**
entre el 4 de marzo y el 1 de abril	**1 de julio**
entre el 2 de abril y el 12 de mayo	**2 de agosto**
entre el 13 de mayo y el 31 de agosto	**60 días escolares a partir de la fecha del referido**

Para obtener más información sobre los derechos de los padres de estudiantes con discapacidades, revise nuestra Guía familiar de servicios de educación especial para niños en edad escolar (*Family Guide to Special Education Services for School-Age Children*) **por internet,** en **schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources**, y la Notificación de Garantías Procesales del Departamento de Educación del Estado de Nueva York: Derechos de los padres de niños con discapacidades, de 3 a 21 años (Declaración de derechos de la familia) disponibles **en línea** en **schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights**. Ambos documentos también están disponibles en las escuelas.

Cómo obtener ayuda

Su equipo del IEP del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York

¿Tiene preguntas? Un representante de una escuela o de una oficina del Comité de Educación Especial (*Committee on Special Education*, CSE) lo ayudará en el proceso de transición a servicios de educación especial para niños en edad escolar. Esa debe ser la primera persona con quien usted se comunique si tiene preguntas o inquietudes. Su equipo del IEP también figura en el preaviso por escrito (PWN) que le enviaron al principio del proceso del IEP de kínder.

Ayuda adicional

Si tiene algún problema que su equipo del IEP o la oficina de distrito del CSE no pueda solucionar, solicite ayuda llamando al 311 o enviando un correo electrónico a **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov.**

Por favor, proporcione la siguiente información:

- El nombre, la fecha de nacimiento y el número de identificación de la Ciudad de Nueva York de su hijo;
- el nombre y número de la escuela o del CSE que le envió la información o realizó la reunión del IEP; y
- una breve descripción de su inquietud.

También puede comunicarse con las siguientes organizaciones para obtener ayuda.

Centros para Padres sobre Educación Especial

Los Centros para Padres sobre Educación Especial, financiados por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, proporcionan información y recursos a las familias de menores con discapacidades.

INCLUDEnyc

116 East 16th Street, 5.º piso
New York, NY 10003
212-677-4660 (inglés)
212-677-4668 (español)
Sitio web: **includenyc.org**
Atención para El Bronx, Brooklyn, Manhattan y Queens
(También funciona como centro de capacitación e información para padres de toda la Ciudad)

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
Sitio web: **parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
Atención para Staten Island

Centros de capacitación e información para padres (PTIC)

Los Centros de capacitación e información para padres (*Parent Training and Information Centers*, PTIC) son financiados por la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de Estados Unidos para satisfacer las necesidades de las familias de menores con discapacidades.

Advocates for Children of New York

151 West 30th Street, 5.º piso
New York, NY 10001
Línea directa: 866-427-6033
Sitio web: **advocatesforchildren.org**

Sinergia/Metropolitan Parent Center

2082 Lexington Avenue, 4.º piso
New York, NY 10035
212-643-2840
Sitio web: **sinergiany.org**

Anexo A: Clasificaciones de discapacidad

Un estudiante de kínder a 12.° grado puede recibir servicios de educación especial si cumple con los criterios de una o más de las clasificaciones de las discapacidades que se describen abajo y, por esa razón, requiere un programa de educación especial o servicios relacionados.

Para obtener más información, también puede consultar las Disposiciones del Comisionado de Educación del Estado de Nueva York: **http://www.p12.nysed.gov/specialed/lawsregs/documents/regulations-part-200-201-oct-2016.pdf**

Clasificación de la discapacidad	Descripción
Autismo	Una discapacidad del desarrollo que afecta principalmente las habilidades sociales y de comunicación de un niño. También puede afectar la conducta del estudiante y abarca una amplia variedad de síntomas.
Sordera	Un estudiante con un trastorno auditivo no puede oír todos o la mayoría de los sonidos, incluso con un audífono.
Sordoceguera	Un estudiante con pérdida simultánea grave de la audición y la vista. Las necesidades de comunicación, educativas y de desarrollo son tan particulares que los programas para estudiantes sordos o ciegos no logran satisfacer sus necesidades.
Discapacidad emocional	Un estudiante que presenta, durante un largo período de tiempo y a tal punto que afecta de forma negativa su desempeño académico, una o más de las siguientes características: · incapacidad para aprender que no puede atribuirse a factores intelectuales, sensoriales o de salud; · incapacidad para entablar o mantener relaciones satisfactorias con compañeros y maestros; · tipos de comportamiento o sentimientos inadecuados en circunstancias normales; · un estado de infelicidad o depresión generalizado; · tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores relativos a problemas personales o académicos.
Trastorno auditivo	Un estudiante con una pérdida auditiva que no cabe en la definición de sordera. Este tipo de pérdida de audición puede variar con el tiempo.
Discapacidad intelectual	Un estudiante con una capacidad intelectual y de adaptación (para la vida) muy por debajo del promedio. El estudiante puede también presentar habilidades de comunicación, autocuidado y sociales deficientes.
Discapacidad del aprendizaje.	Este es un término global que abarca problemas de aprendizaje que afectan la capacidad del estudiante para leer, escribir, hablar, razonar o resolver operaciones matemáticas.
Discapacidades múltiples	Un estudiante con más de una afección que crea necesidades educativas que no se pueden satisfacer en un programa concebido para una discapacidad.
Trastorno ortopédico	Un trastorno ortopédico quiere decir que el estudiante carece de funcionamiento o habilidad en su cuerpo; por ejemplo, parálisis cerebral.
Otros trastornos de salud	Este es un término global que abarca problemas que limitan la fuerza, la energía y el estado de alerta del estudiante. Un ejemplo es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, ADHD).
Trastorno del habla o del lenguaje	Un estudiante con un trastorno de comunicación, como tartamudeo, un problema de articulación, un trastorno del lenguaje o un trastorno de la voz que le dificulta entender las palabras o expresarse.
Lesión cerebral traumática	Un estudiante con una lesión cerebral ocasionada por un accidente o algún tipo de fuerza física.
Trastorno visual	Un estudiante cuya visión afecta su desempeño académico. Abarca cualquier problema de visión que no se pueda corregir con lentes, incluyendo ceguera parcial o total.

Anexo B: Sitios web e información de contacto

Sitios web y contactos importantes del Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York

La siguiente es una lista de las páginas web del NYCPS y otra información de contacto que pueden ser útiles.

Sistema de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York
Sitio web: **schools.nyc.gov**

Proceso de admisión a kínder
Sitio web: **schools.nyc.gov/Kindergarten**
Correo electrónico: **ESenrollment@schools.nyc.gov**
Teléfono: 718-935-2009
Apúntese para recibir actualizaciones: **schools.nyc.gov/subscribe**
Busque escuelas: **schools.nyc.gov/find-a-school**

Educación especial
Sitio web: **schools.nyc.gov/specialeducation**
Correo electrónico: **specialeducation@schools.nyc.gov**
Línea directa: 718-935-2007

Proceso del IEP de kínder
Sitio web: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
Correo electrónico: **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

Distrito 75
Sitio web: **district75nyc.org**
Correo electrónico: **D75info@schools.nyc.gov**
Teléfono: 212-802-1500

Programas especializados
Sitio web: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
Correo electrónico: **SpecializedPrograms@schools.nyc.gov**

- ACES: **ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- NEST/Horizon: **autismprograms@schools.nyc.gov**
- Educación Especial Bilingüe: **BSEprograms@schools.nyc.gov**

Para obtener información sobre los temas que se mencionan más abajo, visite el sitio web correspondiente:

- Escuelas accesibles: **schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - Para ver una lista de escuelas accesibles, consulte "*Accessible Schools*" (escuelas accesibles) en la página web anterior.
- Escuelas *charter*: **schools.nyc.gov/community/charters**
- Formularios médicos para las escuelas: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- Transporte: **schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

Anexo C: Formularios de administración de medicamentos

En las siguientes páginas encontrará los formularios de administración de medicamentos. También le puede pedir copias de estos formularios a su equipo del IEP o los puede encontrar en **internet** en **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**.

Attach student photo here

FORMULARIO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ESTE FORMULARIO **NO** DEBE USARSE PARA MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES, LAS CONVULSIONES, EL ASMA O LAS ALERGIAS

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

1. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

2. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

3. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

Home Medications (include over the counter) ☐ None

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. Revisado en feb/2026

MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS. **LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA PÁGINA 2**

FORMULARIO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ESTE FORMULARIO **NO** DEBE USARSE PARA MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES, LAS CONVULSIONES, EL ASMA O LAS ALERGIAS

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:

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 de mi hijo a 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.** 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.
   - 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, 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/SBHC un nuevo formulario MAF llenado por el médico de mi hijo.
   - Este formulario constituye mi autorización y solicitud para los servicios de administración de medicamentos 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: 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): _____

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: _____ Dirección: _____ 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

Revisado en feb/2026

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 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

Attach student photo here

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

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

Specify Allergies: _____

History of asthma? ☐ Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)
☐ No

Does this student have the ability to:
Self-manage (See 'Student Skill Level' below) ☐ Yes ☐ No
Recognize signs of allergic reactions ☐ Yes ☐ No
Recognize and avoid allergens independently ☐ Yes ☐ No

Select In-School Medications

SEVERE ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ **kg**

Injectable (IM) ☐ 0.1 mg ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg

Intranasal ☐ 1 mg ☐ 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

☐ Other signs and/or symptoms: _____
☐ If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____
Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.
B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses, **do not enter ranges**)
☐ If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)
Student Skill Level (select the most appropriate option):
☐ Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff 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: _____

MILD ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given **first**
Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea
SELECT ONE:
☐ Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q24 hours pm
☐ Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q4 hours pm ☐ Q6 hours pm
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: _____

OTHER ALLERGY MEDICATION: Give ☐ in addition to ☐ as alternative to the medication above
- Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

Specify signs, symptoms, or situations: _____
If no improvement, indicate instructions: _____
Conditions under which medication should not be given: _____
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: _____

Home Medications (include over the counter) ☐ None

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. Revisado en febrero/2026
MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS. **LOS PADRES DEBEN FIRMAR LA PÁGINA 2**

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

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:

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 de mi hijo al personal de la enfermería escolar/Centro de Salud Escolar (*School Based Health Center*, SBHC). Haré lo posible por proporcionarle a la escuela autoinyectores de epinefrina con aguja retráctil.
   - **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.
   - 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 o de epinefrina 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 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 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.
   - El presente formulario constituye mi autorización y solicitud de los servicios para el 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 usar los medicamentos de reserva, deberá enviar la epinefrina, el inhalador para el asma y otros medicamentos de su hijo aprobados 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.

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.
- Autorizo a que la enfermería escolar o el personal escolar con capacitación para ello le administren la epinefrina a mi hijo si este temporalmente no puede portarla o suministrársela 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**: _____

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

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

NYC Health Department | Public Schools

Formulario de administración de medicamentos para la diabetes

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Año escolar 2026-2027

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.

Las órdenes escritas se ejecutarán una vez que se hayan presentado y aprobado. Si desea iniciar la ejecución del pedido en septiembre de 2026, consulte aquí ☐

Apellido del **estudiante**	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F	N.º OSIS:

Nombre/ATSDBN de la **escuela**	Dirección	Condado	Distrito	Grado/clase

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETES BELOW *[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']*

SECTION A: Diagnosis

A1. Diagnosis

Diabetes Mellitus ☐ Type 1 or ☐ Type 2 or ☐ Other: _____ Dx Date _____ / _____ / _____

A2. Recent A1c

Date _____ / _____ / _____ Result _____ . _____ %

SECTION B: Emergency Orders

B1. Severe Hypoglycemia

ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911

Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1mg SC/IM ☐ 0.5mg SC/IM	☐ 1mg SC ☐ 0.5mg SC	☐ 3mg Intranasal	☐ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration and call 911. If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.

B2. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)

CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES

Test ketones if any of the following:
- vomiting
- fever ≥ 100.5 F
- bG > _____ mg/dl for the ☐ FIRST ***OR*** ☐ SECOND time that day, ≥ 2 hrs apart

If ketones small or trace, give water, re-test ketones & bG in 2 or ____ hrs

If ketones moderate or large, give water, **call parent and endocrinologist/provider and:**
☐ Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY

SECTION C: Skill Level (*If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent*)

C1. Glucose Monitoring PICK ONE	C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE	Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* **Only nurses or supervised/independent students may administer insulin*
☐	☐	**Nurse-Dependent:** Nurse or trained staff must perform
☐	☐	**Supervised:** Student to perform with adult supervision
☐	☐	**Independent:** Student carries supplies & self-administers
_____ Provider Initials		**FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION: I attest that the independent student** demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.

SECTION D: Glucose Monitoring

D1. Glucose Monitoring Times

Monitor PRN and:
- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Snack
- ☐ Gym
- ☐ Dismissal

☐ No bG monitoring

D2. Continuous Glucose Monitor Use *(Must complete Section G)*

☐ Use CGM readings for glucose monitoring

☐ Use CGM readings for insulin dosing

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.

SECTION E: Glucose Monitoring Parameters

E1. Hypoglycemia (*Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders*)

E1a. Oral Hypoglycemia Treatment

☐ For bG < 70 mg/dl or < _____ mg/dl, give 15 g or ____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.

☐ For bG < _____ mg/dl, give ____ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ____ min until bG > 70 mg/dl or _____ mg/dl.

15 g rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz juice

***Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless otherwise specified in Section I: Other Orders**

E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders

☐ For bG < _____ mg/dl, no gym or physical activity

☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack*

☐ For bG < _____ mg/dl, give uncovered snack*

E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders

☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed

☐ For bG < _____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up

E2. Hyperglycemia

☐ For bG > _____ mg/dl pre-gym, ☐ no gym and ☐ check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2)

☐ For bG > _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin

bG "HI" reading = 500 mg/dl or _____ mg/dl

SECTION F: Insulin Orders

F1. Insulin Name

_____ ☐ No insulin in school

** May substitute Novolog with Admelog/Humalog*

F2. Insulin Delivery Method

☐ Syringe/Pen ☐ SmartPen- use app recommendations

☐ Pump (Brand) **If left blank, will use syringe/pen*

_____

**For iLet, must complete iLet Pump Orders Form*

F3. Insulin Pump Orders

**Nurse will follow pump recommendations by default*

☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump

☐ Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for _____ min

☐ Suspend/disconnect pump for gym

☐ Activity Mode: Start 60 min or ____ min prior to exercise until 120 min or ____ min after exercise

F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment

☐ For bG > _____ mg/dl that has not decreased in 2 hrs or ____ hrs after correction, consider pump failure and notify parents

☐ For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen

☐ For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)

☐ In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses

F5. Insulin Calculation Methods

F5a. Carb Coverage Using: ☐ I:C ☐ Sliding Scale ☐ Fixed Dose

F5b. Correction Dose Using: ☐ ISF ☐ Sliding Scale

F5c. Insulin Dosing for Meals:

	Meal		
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack
Carb Coverage	☐	☐	☐
Correction Dose	☐	☐	☐

When carb coverage and correction doses are given at the same time, correction dose will be added when bG > target ***and*** ≥ 2 hrs or ____ hrs since last rapid-acting insulin unless otherwise specified

F5d. Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration

☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

☐ If bG > target bG or _____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

Carb Coverage using I:C

$\frac{\text{\# g carb in meal}}{\text{I:C}}$ = X units insulin

Correction using ISF

$\frac{\text{bG – target bG}}{\text{ISF}}$ = Y units insulin

Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks unless otherwise instructed by PCP/Endocrinologist. **Round DOWN** to nearest 0.1 unit for pumps unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.

F6. Insulin Dose Calculation Ratios

Times will be 7am – 4pm if not specified

F6a. Target bG

_____ mg/dl from time _____ to _____

_____ mg/dl from time _____ to _____

F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF)

1 unit decreases bG by:

_____ mg/dl from time _____ to _____

_____ mg/dl from time _____ to _____

F6c. Insulin:Carb Ratio (I:C)

Time _____ to _____ ***OR*** Breakfast

1 unit per ____ g carbs

Time _____ to _____ ***OR*** Lunch

1 unit per _____ g carbs

Time _____ to _____ ***OR*** Snack

1 unit per ____ g carbs

☐ If gym/recess is immediately following meal, subtract ____ g carbs from meal carb calculation

NYC Health Department | Public Schools

Formulario de administración de medicamentos para la diabetes

Formulario de orden de medicamentos del proveedor de servicios médicos | Año escolar 2026-2027

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 -		☐ Breakfast
-		☐ Lunch
-		☐ Snack
-		☐ 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** ☐ **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: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ 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.

NYC Health Department | Public Schools

Formulario de administración de medicamentos para la diabetes

Formulario de autorización de los padres | Año escolar 2026-2027

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	Sexo ☐ M ☐ 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:

1. 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.
2. También doy mi autorización para que se utilicen los equipos necesarios para guardar y usar los medicamentos de mi hijo en la escuela.
3. 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:** ____ / ____ / _____
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other	**Referred to School 504 Coordinator:** ☐ Yes ☐ No
Services provided by:	☐ Nurse/NP ☐ School Based Health Center ☐ 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: ☐ Clarified ☐ Modified	
Notes:	

Attach student photo here

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.

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

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: _____
Diagnosis is self- limited: ☐ Yes ☐ No

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
☐ _____._____ ☐ _____._____ ☐ _____._____

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. Revisado en feb/2026
MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS. **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:

1. 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.
2. **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

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM

Office of School Health | School Year 2026-2027

Student's health care practitioner completes this form, and parent submits it to the 504 Coordinator or IEP team with attached: Request for Health Services/Section 504 Accommodations Parent Form with HIPAA Authorization (for new or modified requests), Medication Administration Form (MAF) and/or Medically Prescribed Treatment Form, and any additional supporting documentation from practitioner/provider.

Student Name: _____ *OSIS #:* _____ *Student's Date of Birth:* _____

☐ 504 Request ☐ IEP Request IEP Classification: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

MEDICAL INTERVENTION

Medical Diagnosis _____ /ICD-10 Code/DSM-V Code(s): _____._____ _____._____ _____._____

If the request is for a diagnosis of allergies/anaphylaxis, diabetes, or seizure disorder, please complete the Medical Accommodations Request Form Addendum.

This condition is: ☐ Acute ☐ Chronic Expected duration of accommodation: _____ weeks

Request for: ☐ nursing services ☐ paraprofessional support ☐ transportation ☐ other (see Other Services)

Requests for nursing or paraprofessional support, will be reviewed on a case-by-case basis to determine whether the student needs 1:1 support or school-based support. When a student requires medication during the school day and is unable to self-administer, medication is generally administered by the school nurse. Trained paraprofessionals may administer epinephrine and glucagon; all other medications, including insulin, must be administered by a nurse. Requests for transportation accommodations will be reviewed on a case-by-case basis. Prior to commencement of services, MAFs must be submitted for all medications, supervision, and monitoring, and Medically prescribed Treatment Forms submitted for clinical procedures performed by OSH and its agents during school hours or DOE programs or activities.

Student's current clinical status *(level of control, current management plan, pending evaluations, etc.)*:

Type of Medical Intervention:	Intervention Needed
☐ Administration of Medications Please complete and submit all applicable Medication Administration Forms (MAFs: Allergy & Anaphylaxis, Asthma, Diabetes, General, Seizure). ☐ Emergency Medications (e.g. glucagon, rectal diazepam) Please list all emergency medications, including time frame for administration Will student require daily administration of medication during school hours? ◯ Yes ◯ No Will student require in-school medications 3 or more times per day? List daily medications here, and attach MAFs. ◯ Yes ◯ No	☐ during school ☐ during transport
☐ Procedures and Treatments, Routine and Emergency *(e.g., suctioning, airway management, vagal nerve stimulator) Please complete and submit the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* *Please list, including timing and frequency of administration during the school day.*	☐ during school ☐ during transport
☐ Equipment Management *(e.g., ventilator, oxygen) Please complete the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* Please list all equipment that will accompany the student during school and/or transport:	☐ during school ☐ during transport
☐ Other Services *Please complete all appropriate forms (MAFs, Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form, if applicable)* ☐ air conditioning ☐ ambulation assistance ☐ elevator pass ☐ other Please list:	☐ during school ☐ during transport

PROVIDERS, PLEASE SIGN PAGE 2 →

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM
Office of School Health | School Year 2026-2027
STUDENT CONSIDERATIONS

Supervision/Monitoring Required: ☐ none ☐ during school ☐ during transport

Supervision/Monitoring Frequency: ☐ continuous ☐ other

Please describe the additional supervision/monitoring needed, including the tasks/responsibilities:

Is the student considered to be medically unstable (At risk for medical decompensation during school or transport)?

☐ Yes (please describe below) ☐ No

Is the student considered to be behaviorally unstable (poses a danger to themself or to other students)?

☐ Yes (please describe below) ☐ No

Does the student currently utilize the following: ☐ Crutches ☐ Cast ☐ Wheelchair ☐ Walker ☐ Other: _____

Please list any other clinical concerns relevant to supporting the student during the school day and/or during transport (Attach additional information if needed)

How does this diagnosis affect educational performance? Does the diagnosis have an impact on learning, participation, or attendance in school? If so, please describe.

CONTACT INFORMATION & ATTESTATION

Phone number - Office: _____ Cell: _____ Email: _____

Best days to be reached:

☐ Mon-Time: _____ ☐ Tue-Time: _____ ☐ Wed-Time: _____ ☐ Thu-Time: _____ ☐ Fri -Time: _____

I attest that I have provided clinical services to this student and that the information above is complete and clinically accurate as of the date provided below.

Provider's Name (print): _____ License #: _____

Provider's Signature: _____ Date of completion: _____

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM ADDENDUM 2026-2027

To Completed by the Student's Health Care Practitioner

Student Name: _____ DOB: _____ Student ID#: _____

Allergies/Anaphylaxis

(Note Available School-Specific Allergy Resources listed below)

List allergen(s): _____

Source of allergy documentation: ☐ Skin Testing ☐ Blood Test ☐ Parental Report

History of Anaphylaxis? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify system(s) affected: ☐ Respiratory ☐ Skin ☐ GI ☐ Cardiovascular ☐ Neurologic Medications

Medications: _____

Was an **Allergy/Anaphylaxis** MAF completed? ◯ Yes ◯ No

Does the student have a history of developmental or cognitive delay? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify diagnosis/diagnoses: _____

Does the student have prior experience with self-monitoring? ◯ Yes ◯ No

Can the student:

- ☐ Independently self-monitor and self-manage?
- ☐ Recognize symptoms of an allergic reaction?
- ☐ Promptly inform an adult as soon as accidental exposure occurs or symptoms appear, or ask a friend for help?
- ☐ Follow safety measures established by a parent/guardian and/or school team?
- ☐ Understand not to trade or share foods with anyone?
- ☐ Understand not to eat any food item that has not come from or been approved by a parent/guardian?
- ☐ Wash hands before and after eating?
- ☐ Develop a relationship with the school nurse or another trusted adult in the school to assist with the successful management of allergy in the school?
- ☐ Carry an epinephrine auto-injector?

Provider Signature: _____

Diabetes

When was the student diagnosed with diabetes? _____

Was a **Diabetes MAF** completed for this student? ◯ Yes ◯ No

Does the student have any cognitive challenges or physical disabilities that interfere with the student providing self-care for their diabetes? ◯ Yes ◯ No

If yes, please specify: _____

Can the student identify symptoms of hypoglycemia? ◯ Yes ◯ No

Can the student notify an adult when they feel that their blood glucose is not normal? ◯ Yes ◯ No

What is the plan to transition the student to independent functioning? _____

Provider Signature: _____

Seizure Disorder

Type of Seizure: _____

Frequency of Seizures _____

Medication(s), including emergency medications: _____

Was a **Seizure MAF** Completed? ◯ Yes ◯ No

Are the seizures well-controlled by the current medication regimen? ◯ Yes ◯ No

Does the student require routine or prn emergency medication in school? ◯ Yes ◯ No

If yes, has an MAF been completed? ◯ Yes ◯ No

Other associated signs and symptoms, including medication side effects: _____

Number of seizure-related ER visits during the past year: _____

Number of seizure-related hospitalizations/ICU admissions: _____

Frequency of office visits/monitoring: _____ ◯ Weeks ◯ Months

Last Office Visit: _____

Activity Restrictions: _____

Provider Signature: _____

DO NOT WRITE BELOW - SCHOOL USE ONLY

School-Specific Allergy Resources:

- ☐ Allergy Table(s) in the lunchroom: _____ staff members for supervision
- ☐ Allergy Table(s) in the classroom: _____ staff members for supervision
- ☐ General Staff Training for Epinephrine administration: _____ staff members trained
- ☐ Student-Specific Training for Epinephrine administration: _____ staff members trained
- ☐ Allergy Response Plan received from school nurse
- ☐ Other: _____

School-Specific Diabetes Resources:

- ☐ General Diabetes Basics Staff Training
- ☐ Student-Specific Staff Training for Glucagon administration
- ☐ Diabetes Care Plan from school nurse
- ☐ Other: _____

Name of Principal or Principal's Designee: _____

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación estudiantil/ OSIS#
Dirección del paciente		

Solicito, o mi representante solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario: De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y las normas de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL** y **DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** (excepto notas de psicoterapia) e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/sida***, solo si escribo mis iniciales en el renglón correspondiente en el punto 7. En caso de que la información sobre salud descrita más abajo incluya este tipo de datos y yo escriba mis iniciales en el renglón de la casilla del punto 7, solo autorizo su divulgación al Departamento de Salud y Salud Mental (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York, los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
2. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, tratamiento de alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/sida sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o difusión de información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (*New York State Division of Human Rights*), llamando al (888) 392-3644; o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*Commission of Human Rights*), llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a los proveedores de salud que autoricé a divulgar mi información. Entiendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o capacidad de recibir beneficios no dependerán de mi autorización de esta divulgación.
5. El DOHMH o el DOE podría volver a divulgar la información (a excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por las leyes federales o estatales.
6. **POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y TRATAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK Y EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

7. Información específica que se puede divulgar y tratar:

Toda la información sobre salud (escrita y oral), incluyendo el historial del paciente, notas del consultorio médico (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, referidos, consultas, registros de facturación y de seguro médico, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.

Escriba sus iniciales para autorizar la divulgación de la información de pacientes que tienen cualquiera de los problemas de salud descritos más abajo: (*Marque con sus iniciales*)

_____**Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas.** ***Especifique qué información se divulgará y a qué organización:*** _____

_____**Información sobre salud mental.**

_____**Información relacionada con el VIH/sida.**

☐ Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí:_____
(*Utilice esta casilla si no quiere que se difunda o divulgue su historial completo)*

8. **MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO:**	9. **ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA HASTA QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO FIGURE AQUÍ:**
10. **EN CASO DE NO TRATARSE DEL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO: (LO COMPLETA EL PADRE O TUTOR):**	11. **PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE:** ☐ El estudiante ☐ Padre/Tutor ☐ Otro (explique más abajo)

Todos los puntos de este formulario fueron completados, mis preguntas fueron contestadas y recibí una copia del formulario.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO FECHA

***Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (*New York State Public Health Law*) protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o infección de VIH, así como la información sobre los contactos de una persona.**

****Si se establece una fecha de vencimiento en el punto 9 de más arriba, el formulario caducará en esa fecha y el padre o tutor legal del paciente u otra persona legalmente autorizada deberá presentar un formulario nuevo.**

REQUEST FOR HEALTH SERVICES/SECTION 504 ACCOMMODATIONS PARENT FORM 2026-2027

Name of Student _____ DOB _____ Student ID# _____

School Name _____ School ATS/DBN _____ Grade/Class _____

Name of Requesting Parent/Guardian _____ Relationship to Student _____

Date Submitted to the 504 Coordinator/IEP Team _____ Name of 504/IEP Coordinator _____

Does the student have a current IEP? ☐ Yes ☐ No 504/IEP Coordinator Email _____

Parent/Guardian must complete entire form and submit to the school's 504 Coordinator or IEP team.

Part 1: Reason for requesting accommodations *(Describe the concern below and how it affects the student's performance at school):*

Request accommodations based on the concerns listed above. Please contact your school's 504 Coordinator or IEP team with any questions.

Request for Accommodation(s) *Guardian Checks all requested:*	**New Request, or Modification** *For school use only*	**Renewal without Modification** *For school use only*
Testing Accommodations ☐ Test schedule/administration time (e.g., extended time) ☐ Test setting/location ☐ Method of presentation/Directions/Assistive Technology ☐ Method of test response/content support ☐ Other (please specify) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Classroom / Curriculum Accommodations ☐ Class schedule/use of time ☐ Class activities setting ☐ Method of presentation/Directions ☐ Method of class activities response/Content Support ☐ Other (please specify) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Health Supports Paraprofessional ☐ 1:1 Paraprofessional ☐ Other/Shared Paraprofessional: (Please specify) _____ Nursing Services (Submit MAF to School Nurse) ☐ 1:1 Nurse ☐ School Nurse	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
Transportation ☐ Transportation for a long-term or chronic condition (Submit completed MARF) (If requesting transportation for a temporary medical condition **or** short-term limited mobility, submit the Short-Term/Temporary Busing Request Form to 504TransportationRequest@schools.nyc.gov instead of submitting this Parent Request form)	☐	☐
Other Services ☐ Assistive Technology ☐ Safety Net (high school only) ☐ Other: (please specify) _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

When a student requires medication during the school day and is unable to self-administer, medication is generally administered by the school nurse; the Medication Administration Form must be submitted to the school nurse. Requests for 1:1 nursing, paraprofessional support, and transportation will be reviewed on a case-by-case basis by an Office of School Health (OSH) Practitioner to confirm that services are medically needed. Decisions about whether a student requires a particular accommodation are made by the 504 Team or IEP team, which includes the parent. Additional forms must be completed; please check with your 504 Coordinator or IEP team. The New York City Department of Education (DOE) will review Assistive Technology requests and may facilitate an evaluation to determine the student's needs.

Part 2: PARENT CONSENT – Parent/Guardian must complete before submitting to your school's 504 Coordinator or IEP team

Your child may qualify for accommodations under Section 504 of The Rehabilitation Act of 1973. Your school's 504 team and/or IEP team will meet to review your child's records, classwork, classroom observations, testing, and health care practitioner's statement. If your child qualifies for services based on that review, the team will create a 504 Plan and/or IEP with your help and consent. 504 Plans **must be reviewed before the end of each school year** or more often if necessary.

By signing this form: 1) I am giving consent to the 504 team and/or IEP team to review my child's records and decide if my child qualifies for accommodations. 2) I confirm that I have provided full and complete information to the best of my ability. 3) I understand that the OSH and the DOE are relying on the accuracy of the information on the form for their review and decisions. 4) I understand that the OSH and the DOE may obtain any other information they think is needed about my child's medical condition, medication or treatment. OSH may obtain this information from any health care practitioner, nurse, or pharmacist who has given my child health services.

☐ **Completed HIPAA form attached (REQUIRED FOR REVIEW. PARENTS MUST COMPLETE THE BACK OF THIS FORM**).

Name of Parent/Guardian _____ Daytime Phone Number _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Attach student photo here

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
☐ diazepam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	
☐ midazolam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ 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) ☐ 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. Revisado en feb/2026
MÉDICOS RESIDENTES NO PUEDEN COMPLETAR LOS FORMULARIOS. **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:

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 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

NYC Health Department | Public Schools

Diabetes Medication Administration Form iLet
Insulin Pump Orders | School Year 2026-27
Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945 or email to OshDMAF@health.nyc.gov

Student Last Name	First name	Date of Birth	Sex ☐ M ☐ F	OSIS #

School ATSDBN / Name	Address	Borough	District	Grade / Class

These orders must be submitted with Parts A and B of the SY 26-27 DMAF. The iLet pump does not deliver correction dose boluses or use carb ratios. If you would like the school nurse to use the iLet pump, you must provide carbohydrate ranges for "less", "usual", and "more" carbohydrates ***or*** select one option the nurse should use for each meal.

GLUCOSE TARGET

Usual (120 mg/dl) **or** ☐ Lower (110 mg/dl) ☐ Higher (130 mg/dl)

MEAL ANNOUNCEMENTS

☐ **Minimum carbohydrate content to announce meal or snack:** 15 g or _____ g carbs

☐ **Use selected meal size** regardless of how many carbs the student is eating

	Meal Size		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	☐	☐	☐
Lunch	☐	☐	☐

OR

☐ **Select meal size based on carbohydrate content** in meal. You may use large ranges, e.g., 15-100 g carbs

	Meal Size Carbohydrate Range (g)		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	-	-	-
Lunch	-	-	-

** If the "Less" option is not available, do not announce the meal/snack*

Announce snacks as:
- ☐ "Less" lunch
- ☐ "Less" breakfast
- ☐ Closest meal in time
- ☐ Closest meal based on usual carb content (must give range of carbs above)
- ☐ Other: _____
- ☐ Do not announce snacks

General iLet Insulin Pump Orders

Do not announce meals more than 15 min or _____ min prior to eating.
Do not announce meals if it has been more than 30 min or _____ min since the student started eating.

☐ If the student eats more carbohydrates after a meal announcement, announce again for the additional carbs. Only consider the amount of additional carbs when choosing the additional meal size; do not include carbs that were already announced.

ACTIVITY PARAMETERS

☐ Pause pump 60 min or _____ min before starting activity and restart immediately or _____ min after activity
- ☐ If lunch is immediately before activity, do not pause pump until activity starts
- ☐ **After** pausing pump for activity, give ____ g of uncovered carbs pre-activity if bG < _____ mg/dl

☐ Do not pause pump or give uncovered carbohydrates prior to activity

PUMP FAILURE ORDERS

In the event of iLet pump failure, contact parent/endocrinologist/provider for dosing instructions or use the following ratios to deliver insulin via syringe/pen.	Target bG = ____ mg/dl ISF 1: ____ mg/dl I:C 1: ____ g

Other Orders

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: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ 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.

NYC Health Department | Public Schools

Diabetes Medication Administration Form General DMAF Addendum | School Year 2026-27

Optional form for small changes to diabetes regimen during school year - please see Provider Guidelines for more details

Please fax all DMAFs to 347-396-8932/8945 or email to OshDMAF@health.nyc.gov

Student Last Name	First name	Date of Birth	Sex ☐ M ☐ F	OSIS #
School ATSDBN / Name	Address	Borough	District	Grade / Class

Change Blood Glucose (bG)/Sensor Glucose (sG) Monitoring Times:

☐ PRN ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal
☐ Discontinue all bG/sG monitoring at school, including PRN instructions

Change CGM Brand/Model: Name: _____ ☐ Use attached CGM grid

Change Insulin Dosing:

☐ Discontinue all rapid acting insulin in school, including instructions to give correction doses PRN or in the setting of ketosis
☐ Discontinue sliding scale(s), use ratios below

Change target blood glucose to:

____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin sensitivity factor (ISF) to:

1: ____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

1: ____ mg/dl from _____ AM/PM to _____ AM/PM

Change insulin to carbohydrate ratio (I:C) to:

1: ____ g from ____ AM/PM until _____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

1: ____ g from ____ AM/PM until _____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Change long-acting insulin at school: Name: _____ Dose: ____ units Time: _____ ***OR*** pre-lunch

Other Orders

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: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ 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.



SCHOOLS.NYC.GOV/KINDERGARTENSPECIALEDUCATION
DIVISIÓN DE APRENDIZAJE INCLUSIVO Y ACCESIBLE
333 7th Avenue, New York, NY 10001

T-40439 (Spanish)