

EMERGENCY INFORMATION

NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL ~ 10 OAK DRIVE ~ EDISON, NJ 08837
Nursing Department: 732-549-5580 x2600 Fax 732-590-2426

SY 2025-2026

Student Name: _____
Parent Name/Phone: _____
Physician Name: _____
Physician Phone: _____

Date of Birth: _____
Diagnosis: _____

Indicate chronic health problems or medical conditions:

- | | |
|---|--|
| ☐ Cerebral Palsy | ☐ Shunt |
| ☐ Seizures | ☐ Asthma |
| ☐ Cardiac History | ☐ Chicken Pox ☐ yes ☐ no date _____ |
| ☐ Others (please list) _____ | |

Names of Medication Taken

(at home or at school):

Time Dosage

Allergies (insects, food medication, environmental, etc.):

Symptoms of allergic reactions (rash, sneezing, etc.):

SEIZURE ACTIVITY INFORMATION

Description of seizure condition/disorder: _____

Describe what your child's seizures look like:

- | | |
|---|--|
| ☐ Color Changes | ☐ Blank stare/daydreaming |
| ☐ Not oriented to time/place | ☐ Chewing movements |
| ☐ Rapid blinking/eye movements | ☐ Muscle jerking |
| ☐ Loss of muscle tone | ☐ Sudden collapse |
| ☐ Vocalization/laughing | ☐ Extremity extension |
| ☐ Frequency | ☐ Length |
| ☐ Other _____ | |

Parental/Guardian Permissions

I grant permission to give this Emergency Health Information Form to appropriate hospital/emergency personnel in case of accident/sudden illness involving my child.
_____ initial

I grant my permission to NJID/Lakeview School to allow my child to be treated by a physician and/or take my child to a Medical Center, if deemed necessary by responding EMS/Medical Services, during the school day.
_____ initial

Private Duty Nurse: I give permission for my child's nursing agency to share care plan details with Lakeview school medical personnel.
_____ initial

I give permission for this information to be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel.
_____ initial

Parent/Guardian Signature

Date:

Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs?

Has there been any recent change in your child's seizure pattern?

How does your child react after a seizure is over?

NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL ~ 10 OAK DRIVE ~ EDISON, NJ 08837
Nursing Department: 732-549-5580 x2600 Fax 732-590-2426

Nombre de estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre/telefono: _____

Diagnostico: _____

Physician Name: _____

Physician Phone: _____

Indicate chronic health problems or medical conditions:

- | | |
|--|---|
| ☐ Parálisis Cerebral | ☐ Drenaje |
| ☐ Convulsiones | ☐ Asma |
| ☐ Antecedentes cardiacos | |
| ☐ Varicela | ☐ Si ☐ No Fecha _____ |
| ☐ Otros (por favor haga una lista) _____ | |

Nombres de los medicamentos**tomados(en casa o en la escuela):** Hora Dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias (insectos, medicinas alimenticias, medioambientales, etc.):

Síntomas de reacciones alérgicas (erupción cutánea, estornudos, etc.):

Actividad de convulsion

Descripción de la condición / trastorno de convulsiones:

Describa cómo se ven las convulsiones de su hijo:

- | | |
|---|---|
| ☐ Cambio de color | ☐ Mirada fija/ perdida |
| ☐ Desorientacion de lugar/tiempo | ☐ Movimientos de la boca |
| ☐ Parpadeo/Movimientos de ojos | ☐ Sacudidas musculares |
| ☐ Perdida de tono muscular | ☐ Colapso repentino |
| ☐ Voalizacion/Risas | ☐ Extensión de la extremidad |
| ☐ Frecuencia | ☐ Duracion |
| ☐ Otros _____ | |

Existen advertencias y/o cambios de comportamiento antes de que ocurra la convulsion

Ha habido algún cambio reciente en el patrón de convulsiones de su hijo?

¿Cómo reacciona su hijo después de que termina una convulsión?

Permisos de los padres / tutores

"Doy permiso para dar este Formulario de información de salud de emergencia al personal apropiado del hospital / emergencia en caso de accidente / enfermedad repentina que afecte a mi hijo.

_____ inicial

Doy mi permiso a NJID / Lakeview School para permitir que mi hijo sea tratado por un médico y / o llevar a mi hijo a un Centro Médico, si se considera necesario al responder a EMS / Servicios Médicos, durante el día escolar.

_____ inicial

Enfermera privada: doy permiso para que la agencia de enfermería de mi hijo comparta los detalles del plan de atención con el personal médico de la escuela de Lakeview.

_____ inicial

Doy permiso para que esta información se comparta con los maestros del aula y con otro personal escolar apropiado.

_____ inicial

Firma del Padre / Tutor

Fecha:

2025-2026

Any questions please call (732) 549-5580, ext. 2600. Prescriptions can also be faxed to 732-590-2426

Orders valid July 1, 2025, thru June 30, 2026

State of New Jersey
PRESCRIPTION BLANK

SAMPLE

IF PRESCRIPTION IS WRITTEN AT ALTERNATE PRACTICE SITE, CHECK HERE ☐
AND PRINT ALTERNATE ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER ON REVERSE SIDE

PATIENT _____ D.O.B. _____

ADDRESS _____ DATE _____

Rx

**OT/PT and Speech
For School Year
2025-2026**

SUBSTITUTION PERMISSIBLE _____ DO NOT SUBSTITUTE _____

DO NOT REFILL _____ SIGNATURE OF PRESCRIBER _____

REFILL _____ TIMES _____

Use a separate form for each controlled substance prescription
THIS IS UNAUTHORIZED PERMISSION AND/OR USE BY THIS FORM INCLUDING ALTERATIONS OR FORFEIT, ONE CRIME PUNISHABLE BY LAW

Physician's written signature is Required.
Stamped Prescriptions are NOT acceptable.

2025-2026

2025-2026 School Year

AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION

Dear Parent/Guardian and physician:

In order to meet the state requirements, the following form must be completed in order for child to receive medication while in school, given by the school nurse. At no time will students be permitted to carry or administer their own medications. The medication must be in the original container and bear the current prescription label indicating time and dosage. Any questions please call (732) 549-5580, ext. 2600.

PARENTS: Please list medications that will be given during the school day.

<u>Medication</u>	<u>Dosage</u>	<u>Time(s)</u>	<u>Ordering Physician</u>
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

I give permission for my child _____ (name) to be administered the medication(s) ordered by my child's physician while in school.

With my doctor's approval, my child's medication time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year. YES ___ NO ___.

Date

Signature of Parent/Guardian

TO BE FILLED OUT BY **PHYSICIAN**

Orders valid July 1, 2025, thru June 30, 2026

Name of Student _____

1. _____ Medication/strength	_____ Dosage	_____ Route
	_____ Time of Administration	_____ Purpose
2. _____ Medication/strength	_____ Dosage	_____ Route
	_____ Time of Administration	_____ Purpose
3. _____ Medication/strength	_____ Dosage	_____ Route
	_____ Time of Administration	_____ Purpose

Patient's medication time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year. YES ___ NO ___

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTHORIZATION TO ADMINISTER TREATMENT

Dear Parent/Guardian and Physician:

In order to meet the state requirements, the following form must be completed in order for your child to receive medical treatment while in school. **The parent is responsible for sending in all necessary supplies to administer the prescribed medical treatment.**

Any questions please call 732-549-5580 ext. 2600

If treatment must be administered during the school day, please complete this form. Your physician must complete the lower portion of this form.

I hereby give permission for the School Nurse of Lakeview School to perform the following treatment for my child.

With my doctor's approval, my child's treatment time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year. YES _____ NO _____

Type of treatment: _____

Time: _____

Other: _____

Supplies provided by parent: _____

**Known Allergies: _____

Date: _____

Signature of Parent/Guardian

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN**

Orders valid July 1, 2025, thru June 30, 2026

Name of Student: _____ shall be

Physician Special Instructions:

Patient's treatment time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year.
YES _____ NO _____

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO

Estimado padre/tutela y doctor:

Para cumplir con los requisitos del estado, la siguiente forma necesita ser completado para que su hijo/a pueda recibir tratamiento médico cuando está en la escuela. **Los padres son responsables de enviar todas los equipos necesarios para administrar el tratamiento médico prescrito.**

Si tiene preguntas favor de llamar al 732-549-5580 ext. 2600

Si el tratamiento se requiere que sea administrado durante la hora de escuela, favor de completar esta forma. Su doctor necesita completar la porción de debajo de la forma.

Yo doy permiso a la enfermería escolar de la escuela de Lakeview de administrarle lo siguiente para mi hijo/a.

Con la aprobación del doctor, el horario del tratamiento de mi hijo/a puede ser ajustado/flexible para acomodar los paseos del salón de clase durante este año escolar. Si _____ NO _____

Tipo de tratamiento: _____

Horario: _____

Otro: _____

equipo proveído por los padres: _____

**alergias: _____

Fecha: _____

Firma de padre/Tutela

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN (completado por su doctor)** Orders valid July 1, 2025 thru June 30, 2026

Name of Student: _____ shall be

Physician Special Instructions:

Patient's treatment time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year.

YES _____ NO _____

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTHORIZATION TO ADMINISTER TUBE FEEDING

Dear Parent/Guardian and Physician:

In order to meet the state requirements, the following form must be completed in order for your child to receive a tube feeding while in school. **The parent is responsible for sending in all necessary supplies to administer the prescribed tube feeding.**

Any questions please call 732-549-5580 ext. 2600

If tube feeding must be administered during the school day, please complete this form. Your physician must complete the lower portion of this form.

I hereby give permission for the School Nurse of Lakeview School to tube feed my child.

With my doctor's approval, my child's feeding time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year. YES _____ NO _____

Type of treatment: _____

Time: _____

Other: _____

Supplies provided by parent: _____

**Known Allergies: _____

Date: _____

Signature of Parent/Guardian

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN**

Orders valid July 1, 2025, thru June 30, 2026

Name of Student: _____ shall be given

Name of formula for tube feeding

Quantity of formula

Time(s)

Duration of feeding

Flush/Amount

Reason for feeding

Physician Special Instructions

Patient's feeding time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year.

YES _____ NO _____

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR ALIMENTO POR TUBO

Estimado padre/tutela y doctor:

Para cumplir con los requisitos del estado, la siguiente forma necesita ser completado para que su hijo/a pueda recibir tratamiento médico cuando está en la escuela. **Los padres son responsables de enviar todas los equipos necesarios para administrar el tratamiento médico prescrito.**

Si tiene preguntas favor de llamar al 732-549-5580 ext. 2600

Si el tratamiento se requiere que sea administrado durante la hora de escuela, favor de completar esta forma. Su doctor necesita completar la porción de debajo de la forma.

Yo doy permiso a la enfermería escolar de la escuela de Lakeview de administrarle lo siguiente para mi hijo/a.

Con la aprobación del doctor, el horario del alimento de mi hijo/a puede ser ajustado/flexible para acomodar los paseos del salón de clase durante este año escolar. Si _____ NO _____

Tipo de tratamiento: _____

Horario: _____

Otro: _____

equipo proveído por los padres: _____

**alergias: _____

Fecha: _____

Firma de padre/Tutela

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN (completado por su doctor)** Orders valid July 1, 2024 thru June 30, 2025

Name of Student: _____ shall be given

Name of formula for tube feeding

Quantity of formula _____ Time(s) _____ Duration of feeding _____ Flush/Amount _____

Reason for feeding

Physician Special Instructions

Patient's feeding time may be adjusted/flexed to accommodate class trips, during the school year.

YES _____ NO _____

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTHORIZATION TO ADMINISTER PRN FEVER/PAIN MEDICATION

Dear Parent/Guardian and Physician:

In order to meet the state requirements, the following form must be completed in order for your child to receive a medication while in school. **The parent is responsible for sending in all necessary supplies to administer the prescribed medication.** Any questions please call 732-549-5580 ext. 2600.

If medication must be administered during the school day, please complete this form. Your physician must complete the lower portion of this form.

I hereby give permission for the School Nurse of Lakeview School to administer medication to my child.

Tylenol/Motrin: _____ Form _____

Amount: _____

Time: _____ PRN _____

Supplies provided by parent: _____

**Known Allergies: _____

Date: _____

Signature of Parent/Guardian

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN**

Orders valid July 1, 2025, thru June 30, 2026

Name of Student: _____ shall be given

TYLENOL (Acetaminophen)

MOTRIN (Ibuprofen)

Form _____

Form _____

Dosage _____

Dosage _____

Frequency _____

Frequency _____

Route _____

Route _____

Reason _____

Reason _____

Temp > 100° _____

Temp > 100° _____

Physician Special Instructions

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO PARA EL DOLOR/FIEBRE

Estimado padre/tutela y doctor:

Para cumplir con los requisitos del estado, la siguiente forma necesita ser completado para que su hijo/a pueda recibir tratamiento médico cuando está en la escuela. **Los padres son responsables de enviar todas los equipos necesarios para administrar el tratamiento médico prescrito.**

Si tiene preguntas favor de llamar al 732-549-5580 ext. 2600

Si el tratamiento se requiere que sea administrado durante la hora de escuela, favor de completar esta forma. Su doctor necesita completar la porción de debajo de la forma.

Yo doy permiso a la enfermería escolar de la escuela de Lakeview de administrarle lo siguiente para mi hijo/a.

Tylenol/Motrin: _____ que consistencia (liquido/tableta) _____

cantidad: _____

hora: _____ como sea necesario _____

equipo proveído por los padres: _____

** alergias: _____

fecha: _____

Firma de padre/Tutela

TO BE FILLED IN BY **PHYSICIAN (completado por su doctor)**

Orders valid July 1, 2025 thru June 30, 2026

Name of Student: _____ shall be given

TYLENOL (Acetaminophen)

MOTRIN (Ibuprofen)

Form _____

Form _____

Dosage _____

Dosage _____

Frequency _____

Frequency _____

Route _____

Route _____

Reason _____

Reason _____

Temp > 100° _____

Temp > 100° _____

Physician Special Instructions

Signature of Physician (no stamp)

Date

Address

Seizure Action Plan

This student is being treated for a seizure disorder. The information below should assist you if a seizure occurs during school hours.

Student's Name _____

Date of Birth _____

Parent/Guardian _____

Emergency Response

A "seizure emergency" for this student is defined as:

Seizure Emergency Protocol

(check all that apply and number order of protocol)

- ☐ Administer emergency medications as indicated below
- ☐ Call 911 for transport to _____
- ☐ Notify parent or emergency contact
- ☐ Notify doctor
- ☐ Other _____

Treatment Protocol During School Hours (include daily and emergency medications)

Emerg. Med. ✓	Medication	Dosage & Time of Day Given	Common Side Effects & Special Instructions

Does student have a **Vagus Nerve Stimulator**?

☐ Yes

If YES, describe magnet use:

☐ No

Authorization PRN

- ☐ Authorization to Administer PRN Fever/Pain medication
Attach Lakeview School Form 344 or a Prescription Rx

Special Considerations and Precautions (regarding school activities, trips, etc.)

Describe any special considerations or precautions:

Print Physician Name/Stamp _____

Physician Signature _____

Date _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

**FARE**

Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: ☐ Yes (higher risk for a severe reaction) ☐ No**PLACE
PICTURE
HERE****NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.****Extremely reactive to the following allergens:** _____**THEREFORE:**

- ☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.
- ☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:

SEVERE SYMPTOMS**LUNG**

Shortness of breath, wheezing, repetitive cough

**HEART**

Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness

**THROAT**

Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing

**MOUTH**

Significant swelling of the tongue or lips

**SKIN**

Many hives over body, widespread redness

**GUT**

Repetitive vomiting, severe diarrhea

**OTHER**

Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A
COMBINATION
of symptoms
from different
body areas.

- ↓ ↓ ↓
- 1. INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
 - 2. Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS**NOSE**

Itchy or runny nose, sneezing

**MOUTH**

Itchy mouth

**SKIN**

A few hives, mild itch

**GUT**

Mild nausea or discomfort

FOR **MILD SYMPTOMS** FROM **MORE THAN ONE**
SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.FOR **MILD SYMPTOMS** FROM A **SINGLE SYSTEM**
AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

- Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
- Stay with the person; alert emergency contacts.
- Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: ☐ 0.1 mg IM ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: ☐ Sí (Riesgo más alto de reacción grave) ☐ No

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

NOTA: No recurra a antihistaminicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

☐ Si esta opción está marcada y es PROBABLE que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante CUALQUIERA de estos síntomas.

☐ Si esta opción está marcada y es SEGURO que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.

ANTE CUALQUIERA
DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES



PULMÓN

Falta de aire,
sibilancia,
muchos tos



CORAZÓN

Tez azulada o
pálida, desmayo,
pulso débil,
mareo



GARGANTA

Ronquera u
oclusión,
dificultad para
tragar o respirar



BOCA

Hinchazón
significativa de
la lengua o los
labios



PIEL Urticaria
extendida en las
distintas partes
del cuerpo,
enrojecimiento
generalizado



INTESTINOS

Vómitos
reiterados, diarrea
grave



OTRO

Sensación de que
va a pasar algo
malo, ansiedad,
confusión.

O UNA
COMBINACIÓN
de los síntomas
de las distintas
áreas



1. INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO

- Llame al 911. Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Picazón o
moqueo nasal,
estornudos



BOCA

Picazón
bucal



PIEL

Algunas
ronchas,
picazón leve



INTESTINO

Náuseas leves o
malestar

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN
ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.**

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA
SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

- Se pueden administrar antihistaminicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: ☐ 0,1 mg IM ☐ 0,15 mg IM ☐ 0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

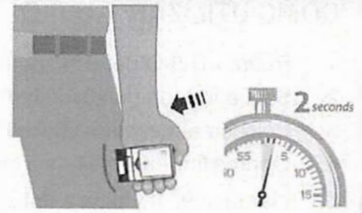
Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____

**FARE**

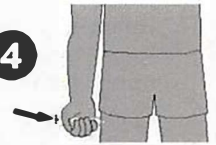
Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN**HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO**

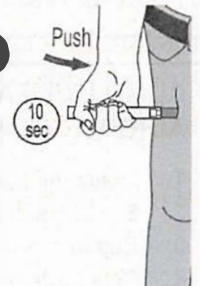
1. Remove Auvi-Q from the outer case.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
4. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
5. Call 911 and get emergency medical help right away.

3**HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN**

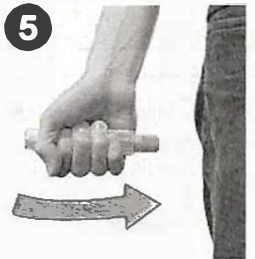
1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
5. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
6. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

3**4****HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALCLICK®), USP AUTO-INJECTOR, IMPAX LABORATORIES**

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip.
3. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
4. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh.
5. Press downward and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
6. Remove and massage the area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

5**HOW TO USE TEVA'S GENERIC EPIPEN® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR, TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES**

1. Quickly twist the yellow or green cap off of the auto-injector in the direction of the "twist arrow" to remove it.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, pull off the blue safety release.
4. Place the orange tip against the middle of the outer thigh (upper leg) at a right angle (perpendicular) to the thigh.
5. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
6. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
7. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
8. Call 911 and get emergency medical help right away.

5**ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:**

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD _____

DOCTOR _____ PHONE _____

PARENT/GUARDIAN _____ PHONE _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP _____ PHONE _____

NAME/RELATIONSHIP _____ PHONE _____

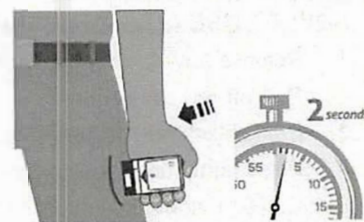
NAME/RELATIONSHIP _____ PHONE _____



CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo.
2. Saque la tapa de seguridad roja.
3. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
4. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
5. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

3



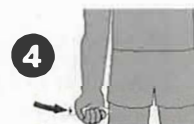
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

3



4



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENAClick®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector.
2. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
3. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo.
4. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
5. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos.
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

5

Presionar

10 segundos



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, dirijase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO _____ DE _____ RESCATE: _____
MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____
NOMBRE/RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____

Asthma Treatment Plan – Student

(This asthma action plan meets NJ Law N.J.S.A. 18A:40-12.8) (Physician's Orders)

(Please Print)



Name	Date of Birth	Effective Date
Doctor	Parent/Guardian (if applicable)	Emergency Contact
Phone	Phone	Phone

HEALTHY (Green Zone)



You have all of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through the night
- Can work, exercise, and play

And/or Peak flow above _____

Take daily control medicine(s). Some inhalers may be more effective with a "spacer" – use if directed.

MEDICINE	HOWMUCHtotakeandHOWOFTENTotakeit
Advair® HFA O 45, O 115, O 230	2 puffs twice a day
Aerospan™	O 1, O 2 puffs twice a day
Alvesco® O 80, O 160	O 1, O 2 puffs twice a day
Dulera® O 100, O 200	2 puffs twice a day
Flovent® O 44, O 110, O 220	2 puffs twice a day
Qvar® O 40, O 80	O 1, O 2 puffs twice a day
Symbicort® O 80, O 160	O 1, O 2 puffs twice a day
Advair Diskus® O 100, O 250, O 500	1 inhalation twice a day
Asmanex® Twisthaler® O 110, O 220	O 1, O 2 inhalations O once or O twice a day
Flovent® Diskus® O 50 O 100 O 250	1 inhalation twice a day
Pulmicort Flexhaler® O 90, O 180	O 1, O 2 inhalations O once or O twice a day
Pulmicort Respules® (Budesonide) O 0.25, O 0.5, O 1.0	1 unit nebulized O once or O twice a day
Singulair® (Montelukast) O 4, O 5, O 10 mg	1 tablet daily
Other	
None	

Remember to rinse your mouth after taking inhaled medicine.

If exercise triggers your asthma, take _____ puff(s) _____ minutes before exercise.

CAUTION (Yellow Zone)



You have any of these:

- Cough
- Mild wheeze
- Tight chest
- Coughing at night
- Other: _____

If quick-relief medicine does not help within 15-20 minutes or has been used more than 2 times and symptoms persist, call your doctor or go to the emergency room.

And/or Peak flow from _____ to _____

Continue daily control medicine(s) and ADD quick-relief medicine(s).

MEDICINE	HOWMUCHtotakeandHOWOFTENTotakeit
Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	2 puffs every 4 hours as needed
Xopenex®	2 puffs every 4 hours as needed
Albuterol O 1.25, O 2.5 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
Duoneb®	1 unit nebulized every 4 hours as needed
Xopenex® (Levalbuterol) O 0.31, O 0.63, O 1.25 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
Combivent Respimat®	1 inhalation 4 times a day
Increase the dose of, or add:	
Other	

If quick-relief medicine is needed more than 2 times a week, except before exercise, then call your doctor.

EMERGENCY (Red Zone)



Your asthma is getting worse fast:

- Quick-relief medicine did not help within 15-20 minutes
- Breathing is hard or fast
- Nose opens wide • Ribs show
- Trouble walking and talking
- Lips blue • Fingernails blue
- Other: _____

And/or Peak flow below _____

Take these medicines NOW and CALL 911. Asthma can be a life-threatening illness. Do not wait!

MEDICINE	HOWMUCHtotakeandHOWOFTENTotakeit
Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	4 puffs every 20 minutes
Xopenex®	4 puffs every 20 minutes
Albuterol O 1.25, O 2.5 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
Duoneb®	1 unit nebulized every 20 minutes
Xopenex® (Levalbuterol) O 0.31, O 0.63, O 1.25 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
Combivent Respimat®	1 inhalation 4 times a day
Other	

Triggers

Check all items that trigger patient's asthma:

- ☐ Colds/flu
- ☐ Exercise
- ☐ Allergens
 - ☐ Dust Mites, dust, stuffed animals, carpet
 - ☐ Pollen - trees, grass, weeds
 - ☐ Mold
 - ☐ Pets - animal dander
 - ☐ Pests - rodents, cockroaches
- ☐ Odors (Irritants)
 - ☐ Cigarette smoke & second hand smoke
 - ☐ Perfumes, cleaning products, scented products
 - ☐ Smoke from burning wood, inside or outside
- ☐ Weather
 - ☐ Sudden temperature change
 - ☐ Extreme weather - hot and cold
 - ☐ Ozone alert days
- ☐ Foods:
 - ☐ _____
 - ☐ _____
 - ☐ _____
- ☐ Other:
 - ☐ _____
 - ☐ _____
 - ☐ _____

This asthma treatment plan is meant to assist, not replace, the clinical decision-making required to meet individual patient needs.

©2014 American Lung Association of New Jersey. This asthma action plan is provided as a service to the public. It is not intended to be used as a substitute for professional medical advice. The American Lung Association of New Jersey is not responsible for any adverse effects or outcomes resulting from the use of this plan. The American Lung Association of New Jersey is a 501(c)(3) non-profit organization. All rights reserved. Revised August 2014. Permission to reproduce blank form - www.pacnj.org

Permission to Self-administer Medication:

- ☐ This student is capable and has been instructed in the proper method of self-administering of the non-nebulized inhaled medications named above in accordance with NJ Law.
- ☐ This student is not approved to self-medicate.

PHYSICIAN/APN/PA SIGNATURE _____

Physician's Orders

DATE _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____

PHYSICIAN STAMP

Make a copy for parent and for physician file, send original to school nurse or child care provider.

School year 2025-2026

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)

(Ordenes Medicas)

(en letra de imprenta)

The Pediatric/Adult
Asthma Coalition
of New Jersey
"Your Pathway to Asthma Control"
PACNJ member for asthma care
www.pacnj.org

Sponsored by
AMERICAN
LUNG
ASSOCIATION
www.amlung.org

NJ Health
New Jersey Department of Health



Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)	Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono	Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona) IIII



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladora – úsela como fue indicada.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar	CUÁNDO tomarlo
O Advair® HFA O 45, O 115, O 230	2 soplos	dos veces al día
O Aerospin™	O 1, O 2 soplos	dos veces al día
O Alvesco® O 80, O 160	O 1, O 2 soplos	dos veces al día
O Dulera O 100, O 200	2 soplos	dos veces al día
O Flovent® O 44, O 110, O 220	2 soplos	dos veces al día
O Qvar® O 40, O 80	O 1, O 2 soplos	dos veces al día
O Symbicort® O 80, O 160	O 1, O 2 soplos	dos veces al día
O Advair Diskus O 100, O 250, O 500	1 inhalación	dos veces al día
O Asmanex® Twisthaler® O 110, O 220	O 1, O 2 inhalaciones	O una vez o O dos veces al día
O Flovent® Diskus® O 50, O 100, O 250	1 inhalación	dos veces al día
O Pulmicort Flexhaler® O 90, O 180	O 1, O 2 inhalaciones	O una vez o O dos veces al día
O Pulmicort Respules® (Budesonide) O 0.25, O 0.5, O 1.0	1 unidad nebulizada	O una vez o O dos veces al día
O Singulair (Montelukast) O 4, O 5, O 10 mg	1 pastilla	diaria
O Otro		
O Ninguno		

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome _____ soplo(s) _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA (Amarillo Zona) IIII



Usted tiene alguno de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Llame a su doctor o vaya a la sala de emergencia si la medicina de alivio rápido no lo ayuda en 15 a 20 minutos, o ha usado la medicina mas de dos veces y los síntomas persisten.

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar	CUÁNDO tomarlo
O Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	2 soplos	cada 4 horas según necesite
O Xopenex®	2 soplos	cada 4 horas según necesite
O Albuterol O 1.25, O 2.5 mg	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Duoneb	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Xopenex® (Levalbuterol) O 0.31, O 0.63, O 1.25 mg	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Combivent Respimat®	1 inhalación	cuatro veces al día
O Aumente la dosis o agregue:		
O Otro		

➡ Llame a su medico si necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona)

Su asma empeora rápidamente:



- El medicamento de alivio rápido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las alletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911.
El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar	CUÁNDO tomarlo
O Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	4 soplos	cada 20 minutos
O Xopenex®	4 soplos	cada 20 minutos
O Albuterol O 1.25, O 2.5 mg	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Duoneb	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Xopenex® (Levalbuterol) O 0.31, O 0.63, O 1.25 mg	1 unidad nebulizada	cada 4 horas según lo necesite
O Combivent Respimat®	1 inhalación	cuatro veces al día
O Otro		

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- ☐ Resfriados/ la influenza
- ☐ Ejercicios
- ☐ Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen – árboles, césped, monte
 - Moho
 - Mascotas – caspa de animales
 - Pestes – ratones, cucarachas
- ☐ Olores (irritantes)
 - Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - Humo de la Madera
- ☐ Clima
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Temperaturas extremas - caliente o fría
 - Días de alerta ozono
- ☐ Alimentos:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- ☐ Otros:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

Denuncias: El uso y contenido de la Página Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "tal como es" por la Asociación Norteamericana del Pulmón de N.J. (AACNJ). La Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, necesitan autorizaciones expresas o implícitas, reglamentadas o de cualquier otro tipo incluyendo pero no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y que no respaldan los derechos y responsabilidades de licencia general. AACNJ no hace ningún tipo de representación o garantía de la información que será interpretada o enmendada o que no hay algún tipo de falta en la información. En no circunstancia AACNJ será responsable por daños incluyendo, pero no limitados, a daños incidentales, consecuencias, daños punitivos, pérdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios debido al uso o la ineficacia de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, basado en autorización, contrato indemnidad o otro tipo de licencia legal y si AACNJ o sus afiliados no ha sido responsable de los procedimientos de este tipo de daños. AACNJ y sus afiliados no son responsables por ningún tipo de reclamos causados por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma a esta página Web.

La Coalición del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey, ha recibido becas del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey con fondos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación S55204045-5. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NIOSH o el CDC. Aunque este proyecto ha sido aprobado completamente en su parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo con los Estados Unidos, Protección Ambiental de los Estados Unidos proporciona financiación adicional bajo el Acuerdo vigente S55204045-5 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no ha pasado por el proceso de revisión de la Agencia de publicaciones por esta razón no representa el punto de vista de la Agencia y por consiguiente la salud pública de la Agencia. La información en este video no intenta diagnosticar problemas de salud o lugar de la recomendación médica. Para el asma o cualquier otro tipo de condición de salud solicite la información del proveedor de salud profesional suyo o el de su hijo.

EVISADO EN AGOSTO DE 2014

misso para reproducir el formulario en blanco aprobado por - www.pacnj.org

SOLO PARA MENORES:

- Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.
- Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____
(Ordenes Medicas)

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO

Haga una copia para el representante y para el archivo del medico. y envíe el original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico.

School year 2025-2026

Asthma Treatment Plan – Student

Parent Instructions



The PACNJ Asthma Treatment Plan is designed to help everyone understand the steps necessary for the individual student to achieve the goal of controlled asthma.

1. Parents/Guardians: Before taking this form to your Health Care Provider, complete the top left section with:
 - Child's name
 - Child's doctor's name & phone number
 - Parent/Guardian's name & phone number
 - Child's date of birth
 - An Emergency Contact person's name & phone number
2. Your Health Care Provider will complete the following areas:
 - The effective date of this plan
 - The medicine information for the Healthy, Caution and Emergency sections
 - Your Health Care Provider will check the box next to the medication and check how much and how often to take it
 - Your Health Care Provider may check "OTHER" and:
 - ✓ Write in asthma medications not listed on the form
 - ✓ Write in additional medications that will control your asthma
 - ✓ Write in generic medications in place of the name brand on the form
 - Together you and your Health Care Provider will decide what asthma treatment is best for your child to follow
3. Parents/Guardians & Health Care Providers together will discuss and then complete the following areas:
 - Child's peak flow range in the Healthy, Caution and Emergency sections on the left side of the form
 - Child's asthma triggers on the right side of the form
 - Permission to Self-administer Medication section at the bottom of the form: Discuss your child's ability to self-administer the inhaled medications, check the appropriate box, and then both you and your Health Care Provider must sign and date the form
4. Parents/Guardians: After completing the form with your Health Care Provider:
 - Make copies of the Asthma Treatment Plan and give the signed original to your child's school nurse or child care provider
 - Keep a copy easily available at home to help manage your child's asthma
 - Give copies of the Asthma Treatment Plan to everyone who provides care for your child, for example: babysitters, before/after school program staff, coaches, scout leaders

PARENT AUTHORIZATION

I hereby give permission for my child to receive medication at school as prescribed in the Asthma Treatment Plan. Medication must be provided in its original prescription container properly labeled by a pharmacist or physician. I also give permission for the release and exchange of information between the school nurse and my child's health care provider concerning my child's health and medications. In addition, I understand that this information will be shared with school staff on a need to know basis.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date

FILL OUT THE SECTION BELOW ONLY IF YOUR HEALTH CARE PROVIDER CHECKED PERMISSION FOR YOUR CHILD TO SELF-ADMINISTER ASTHMA MEDICATION ON THE FRONT OF THIS FORM.

RECOMMENDATIONS ARE EFFECTIVE FOR ONE (1) SCHOOL YEAR ONLY AND MUST BE RENEWED ANNUALLY

☐ I do request that my child be ALLOWED to carry the following medication _____ for self-administration in school pursuant to N.J.A.C.:6A:16-2.3. I give permission for my child to self-administer medication, as prescribed in this Asthma Treatment Plan for the current school year as I consider him/her to be responsible and capable of transporting, storing and self-administration of the medication. Medication must be kept in its original prescription container. I understand that the school district, agents and its employees shall incur no liability as a result of any condition or injury arising from the self-administration by the student of the medication prescribed on this form. I indemnify and hold harmless the School District, its agents and employees against any claims arising out of self-administration or lack of administration of this medication by the student.

☐ I DO NOT request that my child self-administer his/her asthma medication.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

Instrucciones para Padres/Representantes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

1. Pacientes/Padres/Representantes: Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:
 - Nombre del paciente
 - Fecha de nacimiento del paciente
 - Nombre del padre/representante y número de teléfono
 - Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente
 - Nombre y teléfono del doctor del paciente
2. Su Proveedor del Cuidado de Salud: Completa las siguientes partes:
 - La fecha en que el plan fue puesto en efecto
 - La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
 - Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
 - Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique "OTRO" y:
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas
 - Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma
3. Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud: Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:
 - Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
 - Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
 - La parte de abajo del formulario es Solamente Para Menores: Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario
4. Padres/Representantes: Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:
 - Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
 - Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
 - Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asma a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE

Yo, por medio de la presente, autorizo que mi niño reciba su medicamento en la escuela, como fue prescrito en el Plan de Tratamiento para el Asma. El medicamento mantenerse y ser aplicado en su contenido original, como fue prescrito, y debe llevar la etiqueta original, marcada por el farmacéutico o médico. También yo doy permiso para que la información médica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera de la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información médica será compartida y estará a la disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

LLENE ESTA SECCION DE ABAJO SOLO SI SU PROVEEDOR DE SALUD INDICO, EN LA PARTE DE ENFRENTA DE ESTA FORMA, QUE SU NIÑO TIENE PERMISO PARA ADMINISTRARSE SU MEDICAMENTO DEL ASMA.

ESTAS RECOMENDACIONES SON EFECTIVAS POR (1) AÑO ESCOLAR Y DEBRAN SER ACTUALIZADAS ANUALMENTE

- ☐ Yo solicito que se le PERMITA a mi niño llevar el siguiente medicamento _____ para su administración personal en la escuela y de acuerdo con la ley de Nueva Jersey N.J.A.C.:6A:16-2.3. (siglas en ingles). Yo doy permiso para que mi niño se administre su medicamento, como fue prescrito en su Plan de Tratamiento para el Asma, durante este año escolar. Yo considero que el/ella es responsable y puede llevar, guardar y aplicarse el medicamento. El medicamento debe mantenerse en el envase original en el cual fue prescrito. Yo entiendo que el distrito de la escuela, sus directivos y empleados no serán responsables si el estudiante presenta un problema o condición debido a la aplicación de su medicamento, el cual aparece prescrito en su plan de tratamiento.
- ☐ YO NO solicito que mi niño/a se administre el medicamento del asma en la escuela.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DRIVE
EDISON, N.J. 08837
732-549-5580

MEDICAL CLINIC UPDATE FORM

Date: _____ Student's Name: _____ DOB: _____

Student is covered by: Private Insurance _____ Medicaid _____ Medicaid #: _____
Name of Medicaid Card Holder: _____

Pediatrician/Family Dr: _____ Most recent visit: _____
Address: _____

Orthopedic Surgeon: _____ Most recent visit: _____
Address: _____

Neurologist: _____ Most recent visit: _____
Address: _____

OTHER: (Ophthalmologist, Allergist, Psychologist, Psychiatrist, etc.)

Dr.'s Name and Specialty: _____ Most Recent visit: _____
Address: _____

Dr's Name and Specialty: _____ Most recent visit: _____
Address: _____

We would like to be aware of any services your child received outside of school (Clinics, Private OT/PT/ST. Any specialist seen – include specialty and address.)

(PLEASE NOTE: Our clinic reports are automatically mailed to your Board of Education and Pediatrician/Family Physician.)

In the past year, have there been any changes in your family or in your child? Have you moved? _____ Have there been births? _____ Has the child had surgery? _____ Other: _____

Please indicate the type and date of surgery of significant illnesses within the past year and the treating physicians:

Surgery: _____	Surgery: _____
Date: _____	Date: _____
Physician: _____	Physician: _____

PLEASE NOTIFY THE MEDICAL CLINIC ABOUT ANY DOCTOR'S VISITS OR MEDICAL/SURGICAL PROCEDURES ATTENDED THROUGHOUT THE SCHOOL YEAR.

Signature of Legal Guardian: _____
Relationship: _____

NEW JERSEY INSTITUTE FOR DISABILITIES
LAKEVIEW SCHOOL
10 OAK DRIVE
EDISON, NJ 08837
732-549-5580

Formulario Medico Actualizado

Fecha: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro que cubre al estudiante: Seguro Privado __, Medicaid __, # de su tarjeta Medicaid: _____
Nombre del dueño de la tarjeta de Medicaid: _____

Pediatra/Dr.Familiar: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección: _____

Cirujano Ortopedico: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección: _____

Neurologo: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección: _____

OTRO: (Oftalmologo, Alergista, Sicologo, Siquiatra, etc.)

Nombre del Dr.y especialidad: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección: _____

Nombre del Dr.y especialidad: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección: _____

Es importante que nos informe de cualquier servicio que su hijo/a recibe fuera de la escuela
(Clinicas, Terapias privadas OT/PT/ST. Cualquier especialista-incluya especialidad y dirección.)

(IMPORTANTE: Nuestros reportes clinicos son automaticamente enviados a su Junta de Educación y a su
Pediatra/Doctor Familiar.)

Durante el año, han habido cambios en su familia o en su hijo/a? Ud se ha mudado? _____

Han habido otros nacimientos? Su hijo/a ha tenido cirugia? _____ Otro: _____

Por favor especifique la fecha y el tipo de cirugia o enfermedad durante el año y los Doctores que atendieron a su
hijo/a.

Cirugia: _____ Cirugia: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Doctor: _____

Por favor notifique a la Clinica Medica acerca de cualquier visita al Dr. y/o procedimiento quirurgico que haya
tenido su hijo/a durante el año escolar.

Firma del Padre/Apoderado: _____

Parentesco: _____