KIPP NEWARK

Paquete de Salud

- **Estudiantes nuevos:** Este paquete de salud debe completarse como parte de su inscripción.
- **Estudiantes que regresan:** Deben completer la sección para padres como se describe a continuación. Además, se recomienda que todos los estudiantes obtengan un examen físico actualizado anualmente.
- Consulte la siguiente table para completer

Padres *Debe completer:*	**Pediatra** *Debe completer:*
• Página 2 – Sección 1 • Página 2 – Sección 2 (si se indica)	• Formulario de examen físico
• Página 3 – Escriba sus iniciales en todos las secciones	• Adjunte las vacunas actualizadas
• Firme y feche todos las áreas indicadas	• Planes de condiciones crónicas (si se indica)

KIPP NEWARK

Health Packet

- **New Students:** This health packet must be completed as part of your enrollment
- **Returning Students:** Must complete the parent section as outlined below. In addition, it is recommended that all students get an updated physical yearly.
- Please refer to the following table for completion

Parents *Must complete:*	**Pediatrician** *Must complete:*
➢ Page 2 – Section 1 ➢ Page 2 – Section 2 (if indicated)	➢ Physical Examination Form
➢ Page 3 – Initial all sections	➢ Attach updated Immunizations
➢ Sign and date all indicated areas	➢ Chronic condition Plans (if indicated)

ESCUELA	GRADO	NOMBRE DEL ALUMNO

NJ ESTADO FISICO DEPORTIVO INCLUIDO*

Formularios físicos de KIPP Newark

Los formularios en este paquete deben ser completados por el medico de su hijo y el padre/tutor

Este paquete físico vence en 30 días a partir de:

- Estudiantes que regresan: 30 dias desde el primer dia de clases
- Nuevos estudiantes: 30 dias desde el registro

Al enviar este formulario, le recomendamos ENCARECIDAMENTE que lo envie directamente a la oficina de la enfermera para asegurarse de que no se pierda.

Estimado Padre/Tutor,

En KIPP NJ nos enorgullecemos de brindar la major atencion medica posible a todos y cada uno de nuesttros academicos. Nuestra mision y alegria en la vida es asegurarnos de que cuando su hijo entre al edificio de su escuela, no solo reciban una educacion de calidad, sino que Tambien esten seguros, felices y saludables!
Para lograr este objective de academicos seguros, felices y saludables, necesitamos su ayuda!

Se require que todos los nuevos estidiantes entrants presenten el formulario Fisico KIPP NJ (que debe haberse completado hace menos de 12 meses), asi como un registro de vacunacion actualizado.

Si tiene dificultades para completar los requisitos establecidos anteriormente, tenga en cuenta los siguientes recursos para su comodidad:

Recurso de inmunizacíon:
Newark Dept. of Child & Family Wellness
110 William Street, Newark, NJ 07102
973-733-7580

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cualquiera de los documentos que requerimos, no dude en comunicarse con nosotros. ¡Estaremos más que felices de ayudarlo a encontrat recursos o servicios de salud para su hijo!

KIPP SPARK Academy	973-481-0327	EXT	6
KIPP THRIVE Academy	973-273-7272	EXT	6
KIPP Seek Academy	973-481-7583	EXT	2
KIPP Life Academy	973-705-3206	EXT	4
KIPP Upper Roseville Academy	973-757-1480		
KIPP Truth Academy	973-757-1480		
KIPP TEAM Academy	973-705-8326	EXT	1
KIPP Rise Academy	973-242-7473	EXT	4
KIPP BOLD Academy	973-273-7272	EXT	6
KIPP Newark Community Prep	973-757-1502		
KIPP Purpose Academy	973-757-1480		
KIPP Justice Academy	973-757-1501		
KIPP Newark Collegiate Academy	973-624-1622	EXT	4
KIPP Newark Lab High School	973-757-1501		

KIPP NJ INFORMACION Y SALUD DEL ESTUDIANTE

Formulario de consentimiento del padre/tutor

Seccion 1: INFORMACION GENERAL

El nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de los padres _____ Numero de telefono de los padres _____

Puede comunicarse la enfermera de la escuela con el médico del estudiante? ☐Sí ☐No

Puede entregarse información de salud a la enfermera de la escuela? ☐Sí ☐No

Cuenta el estudiante con un seguro de salud? ☐Sí ☐No

Seccion 2: ALERGIAS

ALERGIAS ALIMENTARIAS

Enumere cualquier alergia o sensibilidad

ejemplos: manteca de maní, leche, huevo, frutos del mar, etc.

_____

_____

MEDICAMENTOS

Enumere cualquier alergia o sensibilidad

ejemplos: penicilina, insulina, etc.

_____

_____

PICADURAS DE ABEJAS

Es el estudiante alérgico a las picaduras de abeja?

☐ Sí ☐ No

PÓLEN

Enumere cualquier alergia o sensibilidad

ejemplos: ambrosía, moho, etc.

_____

_____

Seccion 3: MEDICAMENTOS EXTRANJEROS Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Por el presente doy mi autorización a KCNA para que administre los medicamentos que se enumeran a continuación al estudiante identificado en este formulario, según se indique en las *órdenes médicas vigentes de KCNA* emitidas por el médico escolar.

Acepto que no se podrán presentar reclamos por responsabilidad contra KCNA ni contra sus empleados en caso de que administren medicamentos en conformidad con esta autorización. Me comprometo a mantener indemne a KCNA y a sus empleados frente a todo tipo de reclamos, daños, gastos, honorarios de abogado, demandas, juicios, causas o causas de acción que pudieran presentarse contra la red o sus empleados en vinculación con la administración de tales medicamentos. Esta autorización conservará su vigencia hasta que sea revocada por mí por escrito. Es mi intención quedar legalmente obligado por esta autorización.

En caso de que no sea posible comunicarse con el padre, madre o tutor, por el presente doy mi autorización a KCNA para que obtenga atención médica de emergencia para el menor identificado en este formulario, incluidas radiografías, y divulgar información con respecto al expediente de salud, diagnóstico, condición o historial de salud de mi hijo/a, incluido cualquier diagnóstico posterior que pudiera complementar este formulario. Cualquier representante debidamente autorizado de la escuela que sea responsable por mi hijo/a cuando la enfermera de la escuela no esté disponible o cuando el estudiante no esté en las instalaciones de la escuela (p. ej., durante viajes escolares) podrá entregar esta información a quien corresponda.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

_____ _____

Firma del padre, madre o tutor Fecha

POLITICA DE MEDICAMENTOS DE KIPP NJ

Formulario de consentimiento del padre/tutor

MEDICAMENTOS CON RECETA

Todos los medicamentos serán administrados por la enfermera de la escuela. En ausencia de personal médico capacitado, deberá convocarse a una auxiliar de enfermería para que administre los medicamentos a los estudiantes. La enfermera de la escuela será la que se encargará de delegar, capacitar y entrenar al personal no médico en cuanto a cómo administrar **epinefrina únicamente** en casos de reacciones alérgicas graves.

Para que se administren medicamentos con receta en la escuela el médico tratante deberá llenar un *formulario de administración de medicamentos* que indique el nombre de la droga, la dosis, cuándo debe administrarse y el diagnóstico o motivo de su uso. Deberá llenarse un formulario de *Plan de acción para asma* para todos los estudiantes que sean asmáticos. Al inicio de cada año lectivo, deberá llenarse un nuevo formulario para asmáticos.

Todos los medicamentos con receta que se traigan a la escuela deberán venir en su empaque original y con la identificación correspondiente del químico farmacéutico. Los padres deberán traer y recoger todos los medicamentos. No se entregará un medicamento a los estudiantes a menos que tengan una autorización por escrito de sus padres.
Se desecharán todos los medicamentos que no se recojan el último día de clases.

Iniciales de padre o madre/tutor: _____

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Los únicos medicamentos sin receta que proveerá y administrará la escuela serán los que se indiquen en las *órdenes médicas vigentes,* según lo que prescriba el médico escolar de KCNA y para los fines que este indique. Los medicamentos para estas afecciones solamente se administrarán si el padre, madre o tutor firman un formulario para medicamentos sin receta, el cual deberá estar en el archivo de la oficina de salud. No deberán traerse medicamentos sin receta a la escuela a menos que vengan acompañados de una nota del médico, la cual deberá estar firmada por el padre, madre o tutor.

No se permitirá que ningún estudiante lleve ningún tipo de medicamentos consigo durante el día de clases, a excepción de aquellos que un médico lo haya autorizado para autoadministración. En esos casos, los estudiantes deberán tener en su archivo un formulario de administración de medicamentos, y de ser posible medicación extra en la oficina de salud. El médico tratante también deberá documentar que está de acuerdo en que el estudiante lleve consigo su propia medicación. Es importante destacar que esta posibilidad no está disponible para estudiantes de nivel elemental.

Iniciales de padre o madre/tutor: _____

VIAJES ESCOLARES

Es importante recordar que la enfermera escolar no acompañará al personal docente y a los alumnos en los viajes escolares. Los padres o tutores deberán asegurarse de que su hijo/a reciba los medicamentos que necesita durante las salidas, y de que sepa cómo utilizar cualquier medicación recetada o seguir cualquier tratamiento prescrito durante dichas salidas. Tenga en cuenta que los docentes no están autorizados a administrar medicamentos durante los viajes escolares.

Iniciales de padre o madre/tutor: _____

MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS Y VITAMINAS

La escuela no administrará este tipo de medicamentos a menos que el médico haya enviado una autorización por escrito, la cual deberá estar firmada por los padres.

Iniciales de padre o madre/tutor: _____

PRIMEROS AUXILIOS DE RUTINA

El médico del distrito brindará indicaciones todos los años en cuanto a atención de primeros auxilios de rutina y medicamentos de emergencia, así como con respecto a artículos sin receta tales como soluciones para lavado de ojos, bacitracina, Caladryl, ungüento de vitamina A y D, toallitas para picaduras de insectos, bactina, gel para quemaduras y lavado antiséptico Band-Aid para rutinas de atención de primeros auxilios. Iniciales de padre o madre/tutor: _____

OTROS LINEAMIENTOS

Será responsabilidad de los padres entregar a la escuela todos los medicamentos de receta y dispositivos médicos necesarios, tales como tubos y máscaras para nebulizadores, jeringas de insulina y agujas. La escuela proveerá nebulizadores.

Todos los medicamentos administrados deberán anotarse en el registro diario de medicamentos, sea por motivos de emergencia o de rutina. Si al estudiante se le administran medicamentos IEP también deberán registrarse en el SEMI. Cualquier error en la administración de medicamentos deberá informarse al médico del distrito para que puedan tomarse medidas correctivas de manera inmediata.

_____ _____

Firma del padre, madre o tutor Fecha

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

_____

_____

_____

Tienes alergias ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.
☐ Medicamentos ☐ Polen ☐ Comida ☐ Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	**Sí**	**No**
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente ☐ Presión alta ☐ Un soplo en el corazón ☐ Nivel alto de colesterol ☐ Una infección en el corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otro:		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en sucorazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúe)

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depranocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

NOTE: The preparticiaption physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practice nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. **Consider additional questions on more sensitive issues**
   - **Do you feel stressed out or under a lot of pressure?**
   - **Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?**
   - **Do you feel safe at your home or residence?**
   - **Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?**
   - **During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?**
   - **Do you drink alcohol or use any other drugs?**
   - **Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?**
   - **Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?**
   - **Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?**
2. **Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).**

EXAMINATION		
Height Weight	☐ Male ☐ Female	
BP / (/) Pulse	Vision R 20/ L 20/	Corrected ☐ Y ☐ N
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart [a] • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)[b]		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic [c]		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

[a]Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
[b]Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
[c]Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

☐ Cleared for all sports without restriction

☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

_____

☐ Not cleared

- ☐ Pending further evaluation
- ☐ For any sports
- ☐ For certain sports _____

Reason_____Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type)_____Date of exam _____

Address_____Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

HE0503 9-2681/0410

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION
CLEARANCE FORM

Name _____ Sex ☐ M ☐ F Age _____ Date of birth _____

☐ Cleared for all sports without restriction

☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

_____

☐ Not cleared

- ☐ Pending further evaluation
- ☐ For any sports
- ☐ For certain sports _____

Reason _____ Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____
(Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____

Physical Evaluation
Immunization Clearance

Doctor/Practitioner please complete this page
Note: You may attach an up to date immunization record in place of filling out this page

Name_____Sex ☐M ☐F Age_____Date of birth _____

VACCINE TYPE	1st Dose Mo/Day/Yr	2nd Dose Mo/Day/Yr	3rd Dose Mo/Day/Yr	4th Dose Mo/Day/Yr	5th Dose Mo/Day/Yr	LEAD SCREENING	
						Test Date	Result
DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS (DTaP) or any combination (If Td or DT, indicate in corner box)							
Tdap							
POLIO – INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV) If oral vaccine, indicate (OPV) in corner box							
MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR)							
HAEMOPHILUS B (HIB)**							
HEPATITIS B							
VARICELLA							
PNEUMOCOCCAL CONJUGATE **							
MENINGOCOCCAL							
HEPATITIS A ***							
HPV (HUMAN PAPILLOMAVIRUS) ***							
OTHER							

Document below single antigen vaccine receipt, serology titers, or varicella disease history		
Hepatitis B	Date:	Titer:
Varicella	Date:	Titer:
Measles	Date:	Titer:
Mumps	Date:	Titer:
Rubella	Date:	Titer:

■ Provisional admission attached Date Granted:_____ ■ Medical exemption attached ■ Religious exemption attached

***Please Note that KIPP NJ requires that all incoming 6th grade students recieve the first dose of the Meningococcol & Tdap vaccines prior to the start of 6th grade or no later than the 11th birthday of the child.*

Has this child recieved the first dose of the MCV4 Meningococcol Vaccine? ☐ Yes ☐ No

If Meningococcol vaccine was not given due to age please specify when patient is scheduled to return for vaccination:

Appointment Date: _____

Has this child recieved the first dose of the Tdap Vaccine? ☐ Yes ☐ No

If Tdap vaccine was not given due to age please specify when patient is scheduled to return for vaccination:

Appointment Date: _____

Has this child recieved a PPD/Mantoux during this doctors visit? ☐ Yes ☐ No

Date Placed: _____ Location: _____

Date Read: _____ Results (mm):

Read by: _____

Practitioner Signature: _____

Health Office Use only:

Based on his/her current immunization status, is this child cleared to start school? ☐ Yes ☐ No

If not, which immunization(s) or document(s) are missing?: _____

_____

School Nurse Signature: _____ Date: _____

Pidale al medico de su hijo que complete los siguientes formularios adjuntos sis u hijo tiene:

1. **Asma**
2. **Alergias alimentarias**
3. **Trastorno convulsivo**
4. **Requiere cualquier tipo de medicamento durante el horario escolar**

Un medico debe firmar todos los formularios que correspondan.

Asthma Treatment Plan – Student

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

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey
"Your Pathway to Asthma Control"
PACNJ approved Plan available at www.pacnj.org

Sponsored by AMERICAN LUNG ASSOCIATION. IN NEW JERSEY

NJ Health New Jersey Department of Health

(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	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
D Advair® HFA D 45, D 115, D 230	2 puffs twice a day
D Aerospan™	D 1, D 2 puffs twice a day
D Alvesco® D 80, D 160	D 1, D 2 puffs twice a day
D Dulera® D 100, D 200	2 puffs twice a day
D Flovent® D 44, D 110, D 220	2 puffs twice a day
D Qvar® D 40, D 80	D 1, D 2 puffs twice a day
D Symbicort® D 80, D 160	D 1, D 2 puffs twice a day
D Advair Diskus® D 100, D 250, D 500	1 inhalation twice a day
D Asmanex® Twisthaler® D 110, D 220	D 1, D 2 inhalations D once or D twice a day
D Flovent® Diskus® D 50 D 100 D 250	1 inhalation twice a day
D Pulmicort Flexhaler® D 90, D 180	D 1, D 2 inhalations D once or D twice a day
D Pulmicort Respules® (Budesonide) D 0.25, D 0.5, D 1.0	1 unit nebulized D once or D twice a day
D Singulair® (Montelukast) D 4, D 5, D 10 mg	1 tablet daily
D Other	
D 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	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
D Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	2 puffs every 4 hours as needed
D Xopenex®	2 puffs every 4 hours as needed
D Albuterol D 1.25, D 2.5 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
D Duoneb®	1 unit nebulized every 4 hours as needed
D Xopenex® (Levalbuterol) D 0.31, D 0.63, D 1.25 mg	1 unit nebulized every 4 hours as needed
D Combivent Respimat®	1 inhalation 4 times a day
D Increase the dose of, or add:	
D 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	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
D Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	4 puffs every 20 minutes
D Xopenex®	4 puffs every 20 minutes
D Albuterol D 1.25, D 2.5 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
D Duoneb®	1 unit nebulized every 20 minutes
D Xopenex® (Levalbuterol) D 0.31, D 0.63, D 1.25 mg	1 unit nebulized every 20 minutes
D Combivent Respimat®	1 inhalation 4 times a day
D 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.

REVISED AUGUST 2014

Permission to Self-administer Medication:

D 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.

D This student is not approved to self-medicate.

PHYSICIAN/APN/PA SIGNATURE _____ DATE _____
Physician's Orders

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____

PHYSICIAN STAMP

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 date of birth
- Child's doctor's name & phone number
- An Emergency Contact person's name & phone number
- Parent/Guardian'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 _____

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey

"Your Pathway to Asthma Control"

PACNJ approved Plan available at www.pacnj.org

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey, sponsored by the American Lung Association in New Jersey. This publication was supported by a grant from the New Jersey Department of Health and Senior Services, with funds provided by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention under Cooperative Agreement NUSSEHS003491-5. Its content are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the New Jersey Department of Health and Senior Services or the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Although this document has been funded wholly or in part by the United States Environmental Protection Agency under Agreement XA96296601-2 to the American Lung Association in New Jersey, it has not gone through the Agency's publications review process and therefore, may not necessarily reflect the views of the Agency and no official endorsement should be inferred. Information in this publication is not intended to diagnose health problems or take the place of medical advice. For asthma or any medical condition, seek medical advice from your child's or your health care professional.

Sponsored by

AMERICAN LUNG ASSOCIATION. IN NEW JERSEY

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 foods: _____

THEREFORE:

[ ] If checked, give epinephrine immediately for ANY symptoms if the allergen was likely eaten.

[ ] If checked, give epinephrine immediately if the allergen was definitely eaten, even if no symptoms are noted.

FOR **ANY** OF THE FOLLOWING:

SEVERE SYMPTOMS

LUNG
Short of breath, wheezing, repetitive cough

HEART
Pale, blue, faint, weak pulse, dizzy

THROAT
Tight, hoarse, trouble breathing/ swallowing

MOUTH
Significant swelling of the tongue and/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 them the child is having anaphylaxis and may need epinephrine when they 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 them to ER even if symptoms resolve. Person should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS

NOSE
Itchy/runny nose, sneezing

MOUTH
Itchy mouth

SKIN
A few hives, mild itch

GUT
Mild nausea/ discomfort

FOR **MILD SYMPTOMS** FROM **MORE THAN ONE** SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

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

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand: _____

Epinephrine Dose: [ ] 0.15 mg IM [ ] 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

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

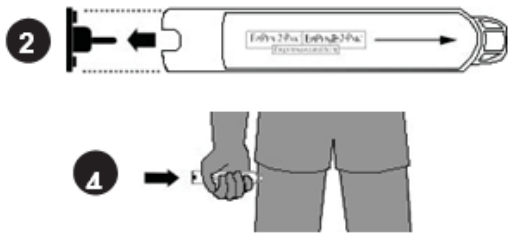
_____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE DATE PHYSICIAN/HCP AUTHORIZATION SIGNATURE DATE

FARE Food Allergy Research & Education — FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

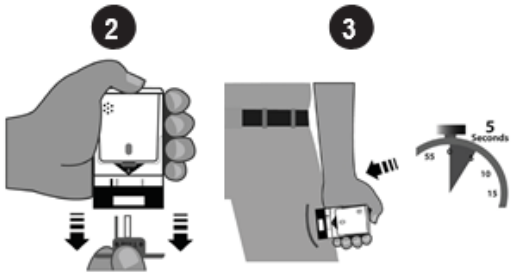
EPIPEN® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR DIRECTIONS

1. Remove the EpiPen Auto-Injector from the plastic carrying case.
2. Pull off the blue safety release cap.
3. Swing and firmly push orange tip against mid-outer thigh.
4. Hold for approximately 10 seconds.
5. Remove and massage the area for 10 seconds.



AUVI-Q™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP) DIRECTIONS

1. Remove the outer case of Auvi-Q. This will automatically activate the voice instructions.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end against mid-outer thigh.
4. Press firmly and hold for 5 seconds.
5. Remove from thigh.



ADRENACLICK®/ADRENACLICK® GENERIC DIRECTIONS

1. Remove the outer case.
2. Remove grey caps labeled "1" and "2".
3. Place red rounded tip against mid-outer thigh.
4. Press down hard until needle penetrates.
5. Hold for 10 seconds. Remove from thigh.

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 get worse quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE DATE

FORM PROVIDED COURTESY OF FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (WWW.FOODALLERGY.ORG) 5/2014

KIPP:NEWARK

CONTACT INFORMATION:

Youth Seizure Action Plan

Student's Name:_____ School Year:_____

School:_____ Grade:_____ Classroom:_____

Parent/Guardian Name:_____ Tel. (H):_____ (W):_____ (C):_____

Other Emergency Contact:_____ Tel. (H):_____ (W):_____ (C):_____

Child's Neurologist:_____ Tel:_____ Location:_____

Child's Primary Care Dr.:_____ Tel:_____ Location:_____

Significant medical history or conditions:

SEIZURE INFORMATION:

Seizure Type	*Length*	*Frequency*	*Description*

Seizure triggers or warning signs: _____

Response after a seizure: _____

_____

TREATMENT PROTOCOL: (include daily and emergency medications)

Medication	*Emergency Med?*	*Dosage & Time of Day Given*	*Route of Administration*	*Common Side Effects & Special Instructions*
	☐			
	☐			
	☐			

Does child have a **Vagus Nerve Stimulator (VNS)**? YES NO

If YES, describe magnet use_____

BASIC FIRST AID, CARE & COMFORT:

Please describe basic first aid procedures: _____

_____

Does person need to leave the room/area after a seizure? YES NO

If YES, describe process for returning: _____

_____

Basic seizure first aid:

- Stay calm & track time
- Keep person safe
- Do not restrain
- Do not put anything in mouth
- Stay with person until fully conscious
- Record seizure in log

For tonic-clonic (grand mal) seizure:

- Protect head
- Keep airway open/watch breathing
- Turn person on side

KIPP NEWARK

Youth Seizure Action Plan

EMERGENCY RESPONSE:

A "seizure emergency" for this person is defined as: _____

_____

A seizure is considered an emergency when:

- A convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
- There are repeated seizures without regaining consciousness
- It's a first-time seizure
- The person is injured or has diabetes
- The person has breathing difficulties
- The seizure is in water

Seizure Emergency Protocol: *(Check all that apply and clarify below)*

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

SEIZURE INFORMATION:

1. When was your child diagnosed with epilepsy?_____
2. How often does your child have a seizure?_____
3. Has there been any recent change in your child's seizure patterns? YES NO
   If YES, please explain:_____
4. How do other illnesses affect your child's seizure control?_____
5. What should be done when your child misses a dose?_____
   (*Refer to physician care plan)*

SPECIAL CONSIDERATIONS & PRECAUTIONS:

Check any special considerations related to your child's epilepsy while at school. *(Check appropriate boxes and describe the impact of your child's seizures or treatment regimen)*

- ❑ General health:
- ❑ Physical functioning:
- ❑ Learning:
- ❑ Behavior:
- ❑ Mood/coping:
- ❑ Physical education (gym)/sports:
- ❑ Recess:
- ❑ Field trips:
- ❑ Bus transportation:
- ❑ Other:_____

GENERAL COMMUNICATION ISSUES:

What is the best way for us to communicate about your child's seizure(s)?:_____

Does school personnel have permission to contact your child's physician? YES NO

Can this information be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel? YES NO

Parent Signature:_____Date:_____ Dates Updated_____, _____

Physician Signature:_____Date:_____

KIPP:NEWARK

Medication Administration Form

Student	**Parent**
School Year	**Legal Guardian**
School	**Home Phone**
Teacher	**Work Phone**
Grade	**Cell Phone**

TO BE COMPLETED BY THE PRESCRIBING HEALTHCARE PROVIDER. USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication	Mg/mcg/ml/tsp	Take ___ tablet(s) Take ___ tsp	Total mg per dose	Time to take daily or as needed

Reason for Medication: ADHD *Headache/Migraine* *Pain* *Other*

Side Effects/Precautions: _____

Start Date: / / Stop Date: / /

Note: The School Nurse will keep and give this medication for this student unless otherwise noted below.

This student is capable of keeping/taking this medication on his/her own: Yes No

Note: All controlled, stimulant and/or narcotic medication must be given and supervised by the nurse for all students at all grade levels.

Healthcare Provider Signature_____ **Date** _____

Healthcare Provider name (Print) _____ **Phone** _____

TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN

Please Note: All medication must be in a properly labeled pharmacy container.

I hereby give my permission for my child (named above) to receive this (stated) medication at school. I assume full responsibility and will inform school staff of any medication changes or health status. I hereby release KIPP NJ, their agents, and employees from any and all liability that may occur as a result of any medication administration.
I will provide a new medication form each school year and each time the dose/medication changes.
I agree to furnish medication in an original, properly labeled pharmacy container.
I will pick-up unused/discontinued medication as needed during (or by end of) the school year.

Parent/Legal guardian Signature_____ **Date** _____

Health Office Use only:

Reviewed by School Nurse _____ **Date** _____

School Nurse