

**DAWN FOX**

*Enfermera administradora*

Queridos Padres,

En Washington se ha aprobado una ley que exige que los estudiantes con enfermedades que ponen en peligro su vida tengan una orden de medicamento o tratamiento en el archivo de la escuela antes de asistir a ella. Esta ley, llamada Substitute House Bill 2834 entró en vigor el 13 de junio de 2002.

**La orden de medicamento o tratamiento debe abordar la condición que amenaza la vida y debe estar en el archivo de la escuela antes de que el estudiante asista a ella**. Según la ley, "condición que pone en peligro la vida" significa una condición de salud que pondrá al estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no existe una orden de medicamento o tratamiento. Adicionalmente, las enfermeras escolares serán responsables de implementar un plan de atención de enfermería. La ley establece que un estudiante no puede asistir a la escuela en ausencia de un medicamento o una orden de tratamiento si el estudiante tiene una condición potencialmente mortal que podría requerir que se brinden servicios médicos en la escuela.

Después de revisar la información que usted proporcionó con respecto a la salud de su estudiante, parece que el/ella tiene una condición que pone en peligro su vida y que requiere una orden de medicamento o tratamiento.

Al comienzo de cada año escolar, usted necesitará nuevos formularios de orden de medicamentos completados por su proveedor de atención médica para así cumplir con la Ley Substitute House Bill 2834 comúnmente conocida como la ley de “condición que pone en peligro la vida". Se adjuntan los siguientes formularios para su conveniencia:

* Carta del proveedor de atención médica, por favor, imprímala y entréguela al proveedor de atención médica
* Formulario de evaluación de alergias a abejas o insectos
* Solicitud de epinefrina del proveedor de atención médica y plan de tratamiento para la anafilaxia (el proveedor de atención médica y los padres deben completarlo y entregarlo en la escuela junto con el medicamento antes del primer día de clases).
* Formulario de autorización de medicamentos

Por favor, solicite a su médico que complete el **plan de tratamiento y solicitud de epinefrina del proveedor de atención médica para la anafilaxia junto con el formulario de Prescripción (receta) de dieta** y firme la parte del formulario correspondiente al permiso de los padres. Devuelva estos formularios a la enfermera de la escuela de su estudiante lo antes posible.

Al recibir la información de su proveedor de atención médica, la enfermera de la escuela se pondrá en contacto con usted para desarrollar un plan de enfermería apropiado. Luego ella tendrá que capacitar al personal. **Es posible que su estudiante no pueda comenzar la escuela el primer día si las órdenes no están en la escuela tres días antes de que comience clases.**

Sinceramente,

Dawn Fox, MS, RN, NCSN

**516 176th Street East • Spanaway, Washington 98387 • 253.800.2000 • bethelsd.org**

Estimado proveedor de servicios de salud,

El estado de Washington ha publicado \* las recomendaciones para la atención de estudiantes con alergias potencialmente mortales. Las recomendaciones son amplias; sin embargo, el mensaje para alertar a los proveedores de servicio de salud que prescriben medicamentos de emergencia para administrar en la escuela a los estudiantes que tuvieron contacto con un alérgeno es:

**Para los estudiantes con una orden médica para administrar epinefrina en la escuela y para tratar la anafilaxia o una posible anafilaxia, el protocolo recomendado después de la exposición es inmediatamente:**

**1. Administrar epinefrina**

**2. Llame al 911**

**3. Llamar a los padres**

**El Benadryl ya no puede ser administrado primero y no puede haber un período de tiempo de "espera y vigilancia". Este cambio es necesario debido a que:**

* 1. La mayoría de las escuelas no tienen enfermeras de tiempo completo en el edificio. Incluso si la enfermera está en el distrito, es imposible que permanezca en el lugar todo el tiempo para *proporcionar una evaluación precisa del estado de salud del estudiante.*
  2. El personal escolar sin licencia (empleados de salud, secretarias, directores, maestros, entrenadores, conductores de autobús, etc.) serán los adultos de primera línea en el lugar cuando el estudiante tiene el contacto con el alérgeno específico que causa la anafilaxis potencial.
  3. **Los miembros del personal escolar sin licencia no están preparados para evaluar el estado de salud del estudiante y determinar si deben o no administrar epinefrina y/o cuándo administrarla. *Las enfermeras registradas no pueden delegar la evaluación y el juicio clínico al personal escolar sin licencia.***
  4. Para la seguridad del estudiante, la epinefrina se administrará inmediatamente según lo indique el proveedor de servicios de salud.

Gracias por su ayuda para implementar este requisito.

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con la enfermera de la escuela.

\* *Recomendaciones para el cuidado de estudiantes con anafilaxia* disponibles en http://www.k12.wa.us/HealthServices/Publications/09-0009.aspx

**Formulario de alergia a abejas o insectos**

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/tutor: Teléfono: Celular/trabajo:

Proveedor de servicios de salud (nombre) para el tratamiento de alergias a abejas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:

¿**Cree usted** que la alergia a las abejas o insectos de su estudiante puede poner en **peligro su vida**?

 No  Si (en caso afirmativo por favor vea a la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible).

¿Le dijo el **proveedor de servicios de salud** de su estudiante que la alergia a las abejas o insectos **puede ser mortal**?  No  Si

(En caso afirmativo, por favor, vea a la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible).

**Historia y estado actual**

¿A qué tipo de picadura de abeja o insecto(s) ha reaccionado su estudiante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces su estudiante ha tenido alguna reacción?  nunca  una  más de una vez, por favor, explique:

¿Cuándo fue la última reacción?

Las reacciones alergias:  son iguales  están empeorando  están mejorando

¿Ha necesitado alguna vez su estudiante tratamiento en una clínica o hospital por una reacción alérgica?

 No  Si Por favor describa:

¿Ha recibido o usado su estudiante alguna vez EpicPen u otra inyección como tratamiento?

 No  Si

Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Desencadenantes y síntomas**

¿Cuáles son los signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (sea específico; incluya las cosas que el estudiante podría decir).

¿Con qué rapidez aparecen los signos y síntomas después de ser expuesto a la picadura?

segundos minutos horas días

**Tratamiento**

¿Su estudiante comprende cómo evitar ser picado por una abeja o insecto?  Sí No

¿Qué hace usted en casa si hay una reacción alérgica a la picadura de abeja o de insecto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento o medicamento le ha recomendado su médico para utilizar en una reacción alérgica?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ninguno

¿Usted ha usado tratamiento o medicación?  No  Si

¿Su estudiante conoce como hacer el tratamiento o tomar los medicamentos?  No  Si

¿Por favor describa los efectos secundarios o problemas que su estudiante ha tenido usando el tratamiento

sugerido o la medicación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si hay medicamentos disponibles en la escuela, ¿ha diligenciado un formulario de medicamentos para la escuela?**

 Si.

 No,

Yo necesito obtener el formulario para que lo llene nuestro proveedor de servicios de salud y llevarlo de regreso a la escuela

**Si los medicamentos se necesitan en la escuela, ¿ha entregado los medicamentos para el tratamiento a la escuela?**

 SI.

 No, Yo necesito obtener la medicación/tratamiento y llevarlo a la escuela.

¿Qué quiere que hagamos en la escuela para ayudar a su estudiante en caso de picadura de abeja o de insecto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/Tutor: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adaptado con permiso de ESD 171 SNC Programa

Recomendaciones para anafilaxia marzo 2009

**Sociedad Médica del Condado de Pierce**

**SOLICITUD DE EPINEFRINA PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA**

**Y PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA ANAFILAXIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año escolar | Escuela | Fax |
|  |  |  |

## Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ puede requerir un tratamiento para prevenir/tratar la anafilaxia.

## El estudiante es alérgico a:

Los síntomas de la anafilaxis pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón u hormigueo en la cara y/o en la garganta, urticaria, sarpullido, picazón, calambres estomacales, náuseas y vómitos, mareos o hinchazón fuera del lugar de la picadura de la abeja.

## **El plan de tratamiento en la escuela para prevenir/tratar la anafilaxia es el siguiente: (marque todos los que correspondan)**

## Si el estudiante se expone a un alérgeno y/o muestra algún síntoma de anafilaxia,

## **Administre epinefrina INMEDIATAMENTE:**

## Autoinyector de epinefrina 0,3 mg.

## Autoinyector de epinefrina 0.15mg.

Se puede administrar otra dosis de epinefrina si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Llame al 911 en el momento en que se administre la epinefrina y notifique a los padres/tutores.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Este estudiante también tiene asma y puede tener un mayor riesgo de desarrollar anafilaxis.**   El estudiante y su padre/tutor han sido entrenados en el uso del autoinyector de epinefrina. \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  El estudiante puede llevar y autoadministrarse el autoinyector de epinefrina ordenado arriba. \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_ No |  |  |

**Firma del proveedor de salud Nombre del proveedor de salud en letra imprenta o sello**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono Fax Fecha**

**ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SÓLO PARA EL AÑO ESCOLAR EN CURSO**

**Autorización de los padres o tutores**

Solicito que se le permita a la enfermera de la escuela, director o a la persona designada, administrar a mi estudiante (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o que se le permita a mi estudiante cargar y autoadministrar el medicamento indicado en la parte superior y medicado por (nombre del proveedor de atención médica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como se indicó anteriormente, para el \_\_\_\_\_\_\_\_ año escolar. El medicamento lo debo de entregar en el envase original, etiquetado por la farmacia o por el proveedor de atención médica, con el nombre del medicamento, la cantidad que debe suministrarse y cuándo debe ser suministrado. El nombre del proveedor de atención médica está en la etiqueta. Yo comprendo que mi firma indica que entiendo que la escuela no acepta ninguna responsabilidad por reacciones adversas cuando se suministra el medicamento o cuando es suministrado por mi estudiante de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica. Si el personal de la escuela me notifica que el medicamento todavía lo tienen al final del año escolar, **yo lo recogeré en la escuela o de lo contrario entiendo que será destruido**. Yo soy el padre o tutor legal del estudiante nombrado.

Trabajo: Celular:

Casa: Otro:

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por su atención. Por favor devuelva el formulario completamente diligenciado a la enfermera de la escuela**.

El estudiante demuestra el nivel de habilidad necesario para autoadministrarse la medicación como se ordenó anteriormente.

Firma de la enfermera de la escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rev 4/11

HF-0067\_4-11rev-AnaphylaxixEpiOrder