



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:

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 or Generic: _____

Epinephrine Dose: 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

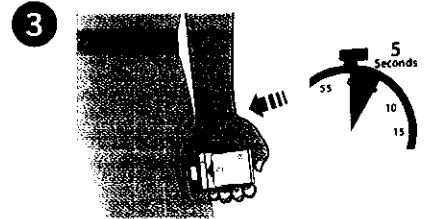
Antihistamine Dose: _____

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



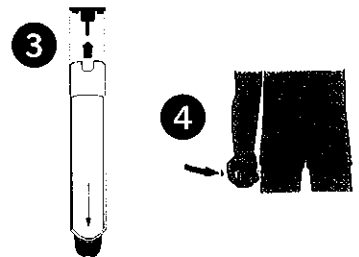
HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

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, and hold in place for 5 seconds.
5. Call 911 and get emergency medical help right away.



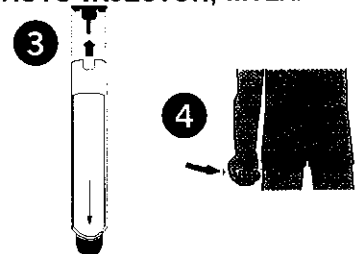
HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR, MYLAN

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.



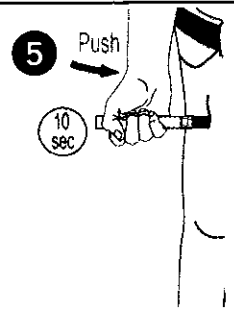
HOW TO USE EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the epinephrine 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.



HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALICK®), 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 down hard 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.



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: _____

Spring Branch Independent School District

Child Nutrition Services will make every effort to identify possible allergens in the food we serve including providing tools such as published menus and Allergen Charts. However, students and parents must assume final responsibility for making safe food choices and knowing which food items contain which allergens. If you have any questions, please contact CNS at 713-251-1150.

Student Diet Modification Form

Student's Name (Last, First): _____ Date of Birth: _____

School: _____ Student ID#: _____ Grade/Teacher: _____

If there are any changes to food allergy, please have physician complete form. If there are no changes, please mark the box, sign and return to school nurse. NO CHANGES

I give Child Nutrition Service and/or School Nurse permission to speak with the Physician listed below to discuss the dietary needs described on this form.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Phone Number: _____ Email: _____

The U.S. Department of Agriculture School Meals Program requires that ALL QUESTIONS BE ANSWERED in order for ANY diet modification or substitution to be made in school meals. *Has Student been referred for 504? No Yes

Which meals will the student eat from the school cafeteria? (check all that apply) No Yes Breakfast Lunch None (if student does not eat from the cafeteria, modifications will not be arranged)

Does the child have a life-threatening food allergy? (check box) No Yes (If yes, Physician completes section A)

Does the child have a Disability requiring diet modification? (check box) No Yes (If yes, Physician completes section B)

Sections A and/or B to Be Completed By A Licensed Physician or Authorized Medical Professional

Section A: Life-Threatening Food Allergy. Only Life Threatening Allergies, where Epi Pens have been prescribed, will result in Modification. If no Modification is needed, Identification of foods can be provided by Allergen Chart and Menu. Spring Branch ISD cannot honor this document unless SPECIFIC SUBSTITUTIONS are listed below.

Life-Threatening Food Allergy (check all foods to be omitted from diet):

- Eggs Fish Peanuts Shellfish Soy Tree nuts Wheat Milk (severe lactose intolerance) Milk (casein/whey allergy) Other:

Specify: _____

Can the student consume foods where the allergen is an ingredient in a product (please specify)? Yes No (i.e. Can consume eggs in baked goods, but not scrambled eggs)

Explain: _____

Safe Food Substitutes: _____

Section B: Disability

Disability: _____

Major life activity affected by the disability (check all that apply):

- Breathing Seeing Speaking Performing manual tasks Learning Eating Hearing Walking Caring for one's self Other: _____

Type of Diet: Regular Soft Mechanical Chopped Blended Pureed Other: _____

Name of Licensed Health Care Provider (print): _____

Licensed Health Care Provider's Signature: _____

Address: _____ Date: _____ Phone: _____

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.



**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

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

NOTA: No recurra a antihistamínicos 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, mucha 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 antihistamínicos, 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: [] 0,15 mg IM [] 0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

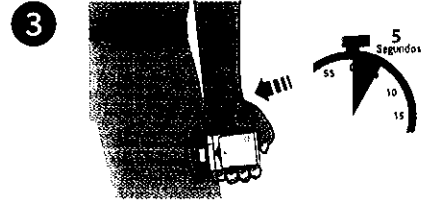
Dosis de antihistamínico: _____

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



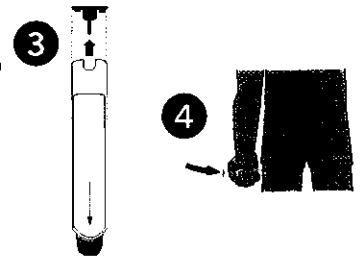
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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, y mantenga presionado durante 5 segundos.
5. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



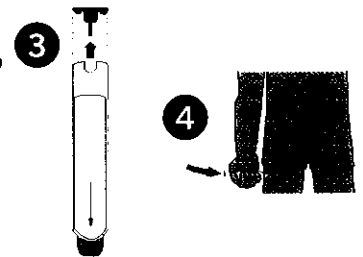
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EIPEN® Y EIPEN JR®, MYLAN

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.



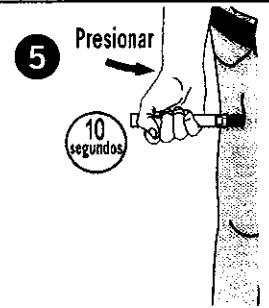
CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector de epinefrina 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.



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.



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, diríjase 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: _____

Spring Branch Independent School District

Child Nutrition Services hará todo lo posible para identificar posibles alérgenos en los alimentos que servimos incluyendo herramientas como los menús publicados y información alérgica. Sin embargo, los estudiantes y los padres deben asumir la responsabilidad final de la elección de alimentos seguros y saber qué alimentos contienen alérgenos. Sin tiene cualquier pregunta, por favor de llamar a la Oficina de Nutrición al 713-251-251-1150.

Forma de Modificación Dietética

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela: _____ Numero de ID#: _____ Grado/Maestro: _____

Si hay cualquier cambio en la alergia de alimento, el doctor necesita llenar el formulario. Si no hay ningún cambio, por favor de marque la casilla, firme y regréselo a la enfermera de la escuela. NO HAY CAMBIOS

Yo le doy a Child Nutrition Services y/o la enfermera de la escuela permiso para hablar con el medico que aparece a continuación para discutir las necesidades dietéticas descritas en este formulario.

Fecha: _____
 Firma del Padre/Guardian _____

Numero de Teléfono: _____ Email: _____

El U.S. Department of Agriculture School Meals Program requiere que **TODAS LAS PREGUNTAS SE CONTESTEN** para que cualquier modificación dietética o la sustitución que se puede hacer en las comidas escolares

*Se ha referido a los estudiantes 504
 No sí

Cuales comidas de la cafeteria de la escuela comera el estudiante? (marque todo lo que corresponda)

Desayuno Almuerzo Ninguno (Si el estudiante no come en la cefeteia, no se organizaran modificacines)

El niño tiene una alergia a los alimentos **potencialmente ponga su vida en riesgo?** (marque una casilla) No Si

(Si marqo Si, El Medico necesita llenar Section A)

El niño tiene una discapacidad que **requiere modificación de la dieta?** (marque una casilla) No Si

(Si marqo Si, El Medico necesita llenar Section B)

Secciones A y/o B Para ser completado por un médico o profesional médico autorizado

Sección A: Alergia que pone la vida en riesgo. Solo alergias que ponen la vida en riesgo, donde la pluma EPI ha sido recetada, resultara en una modificación a la dieta. Si una modificación no es necesitada, la identificación de comidas puede ser proporcionada por los menús públicos y información alérgica.

Spring Branch ISD no puede honrar este documento **a menos que las sustituciones específicas sean marcadas.** (Marque todas las comidas que necesitan ser omitidas):

Huevos Pescado Cacahuates Mariscos Soja Nueces de Arbol Trigo

Leche (severa intolerancia a la lactosa) Leche (caseína / alergia de suero) Otro: _____

Especifico: _____

Puede el estudiante consumir alimentos donde el alérgeno es un **ingrediente** de un producto? (Por favor especifica)

Yes No (por ejemplo, Puede consumir huevos en productos horneados, pero no huevos revueltos)

Explicar: _____

Sustitutos de alimentos : _____

Sección B: Discapacidad

Discapacidad: _____

Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad (marque todo lo que corresponda):

Respiración Viendo Hablando Realización de tareas manuales Aprendizaje

Comiendo Oyendo Caminando El cuidado de uno mismo Otro: _____

Tipo de Dieta: Regular Blandita Picado Mezclado Puré Otro: _____

Nombre del médico con licencia (imprimir): _____

Firma del Medico: _____

Dirección: _____ Fecha: _____ Telefono: _____