



# ESCUELA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE RANKIN PLAN DE SALUD PARA ALERGIAS 2024-2025

FECHA DE RECEPCIÓN [ ] / [ ] / [ ]

## PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre [ ] Edad [ ] Fecha de nacimiento [ ]  
Escuela [ ] Maestro [ ] Calificación [ ]  
nombre del contacto de emergencia [ ] Teléfono [ ]  
alergia a [ ] Síntomas [ ]  
Mi estudiante requerirá medicamentos en la escuela para reacciones alérgicas Si No

\*Si no, se contactará a los padres/tutores por cualquier inquietud relacionada con alergias/síntomas de alergias.

## PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O PROFESIONAL AUTORIZADO

1. Indique la gravedad de la alergia del estudiante Leve Moderado Severo  
2. información de prescripción

**MEDICAMENTO 1** [ ] Dosis [ ]  
Diagnóstico [ ] Ruta [ ]  
Horarios/frecuencia [ ]  
Indicación de administración [ ]

**MEDICAMENTO 2** [ ] Dosis [ ]  
Diagnóstico [ ] Ruta [ ]  
Horarios/frecuencia [ ]  
Indicación de administración [ ]

Nombre y cargo del prescriptor (en letra de imprenta) [ ] Teléfono [ ]  
Firma del médico [ ] Fecha [ ]

\*\*\*\* Si necesita medicación adicional, utilice un formulario de consentimiento de medicación para proporcionar toda la información.

3. ¿Ha sido capacitado el estudiante en la autoadministración? Si No  
4. Almacenamiento: Recomendar que se le permita al estudiante llevar epi-pen  
Recomendar que la enfermera o el personal de la escuela almacene epi-pen en el lugar designado para el almacenamiento de medicamentos  
5. Administración: Recomendar que el estudiante se administre epi-pen por sí mismo  
Recomendar que la enfermera/el personal de la escuela administre epi-pen  
6. Otras intervenciones no farmacológicas requeridas [ ]

## PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA CON EL PADRE/TUTOR

### VOLUNTAD DEL ESTUDIANTE/TUTOR:

1. El estudiante/tutor acepta evitar los alérgenos conocidos.  
2. El estudiante tomará todos los medicamentos recetados y hará un seguimiento con el proveedor de atención médica según corresponda.  
3. Alerta al personal de la escuela inmediatamente de cualquier signo/síntoma de una reacción alérgica.

### LA ESCUELA:

1. Mantenga la seguridad de los estudiantes eliminando los alérgenos conocidos según corresponda.  
2. Notificar a la administración si ocurre una reacción alérgica.  
3. Administrar medicamentos según el plan de salud aprobado por el proveedor de atención médica.  
4. Llame a los padres y al 911, si es necesario.

[ ]  
Padre/Tutor - Nombre (Letra de imprenta)

[ ]  
Firma del Padre / Tutor

[ ]  
Representante de la escuela - Nombre (letra de imprenta)

[ ]  
Representante de la escuela - Firma