

Dear Annex Families,

You are receiving this notice because you have listed an allergy or medical condition that may require medication in your child's profile for the upcoming school year. Because an allergy/medical condition has been listed, there are additional forms that will need to be filled out by your child's physician. The Annex Program will need a separate set of medication and paperwork if medication is needed for your child. If a form has been filled out for the school office, the Annex classroom will also need a set of the physician's signed allergy form.

The [forms](#) required have been attached below. **Please return these forms to the Annex staff.** If you have any questions, please reach out to the Annex at 650-312-7706.

Thank you,

Children's Annex

Estimadas familias de Annex,

Está recibiendo este aviso porque ha incluido una alergia o condición médica que puede requerir medicamentos en el perfil de su hijo para el próximo año escolar. Debido a que se ha incluido una alergia / condición médica, hay formularios adicionales que deberá completar el médico de su hijo. El Programa Annex necesitará un juego de medicamentos y documentación por separado si su hijo necesita medicamentos. Si se ha llenado un formulario para la oficina de la escuela, el aula del Annex también necesitará un juego del formulario de alergia firmado por el médico.

Los [formularios](#) requeridos se han adjuntado a continuación. **Devuelva estos formularios al personal de Annex.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Annex al 650-312-7706.

Gracias,

Children's Annex

**PLACE
PICTURE
HERE**

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: **Yes (higher risk for a severe reaction)** **No**

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: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

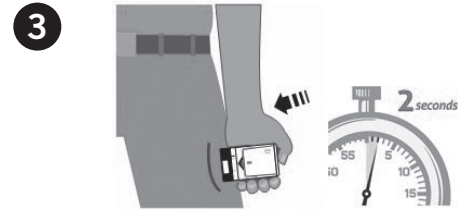
Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

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

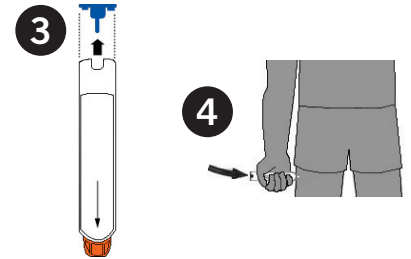
HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

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 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.



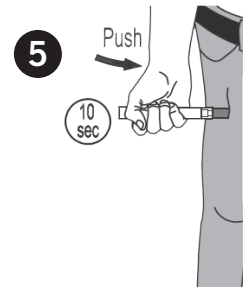
HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN

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.



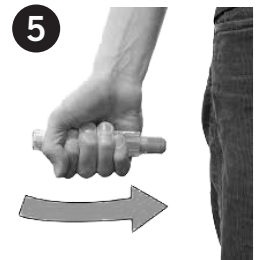
HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENACLICK®), USP AUTO-INJECTOR, IMPAX LABORATORIES

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.



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.



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: _____



Students Name: _____ Birthdate: _____

Teacher: _____ Grade: _____

School: _____ School Year: _____

**PARENT AUTHORIZATION AND RELEASE FOR THE ADMINISTRATION OF
MEDICATION AT SCHOOL**

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR OTHER HEALTHCARE PROVIDER LICENSED BY THE STATE OF CALIFORNIA TO PRESCRIBE MEDICATION.

STUDENT NAME (PRINT): _____

DIAGNOSIS FOR WHICH THE MEDICATION IS PRESCRIBED: _____

MEDICATION NAME: _____

Dosage: _____ Time: _____ Route: _____

IF DOSAGE IS AS NEEDED (PRN), THE SYMPTOMS THAT NECESSITATE ADMINISTRATION AND ALLOWABLE FREQUENCY: _____

ESTIMATED TERMINATION DATE: _____

POSSIBLE SIDE EFFECTS: _____

The child named above is under my care. It is necessary for him or her to receive the above-prescribed medication during school hours. The medication may be administered by trained, nonmedical school employees, under the supervision of the school nurse. The school nurse may not be present during administration of the medication.

DATE: _____ PHYSICIAN: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE NUMBER: _____

PHYSICIAN SIGNATURE: _____

PHYSICIAN/CLINIC STAMP: _____

I hereby give permission for school personnel to administer medication to my child during the school day as prescribed by the child's physician.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____ DATE: _____

IN CASE OF EMERGENCY, PHONE NUMBER I CAN BE REACHED AT: _____





**PARENT AUTHORIZATION AND RELEASE FOR THE ADMINISTRATION OF
MEDICATION AT SCHOOL**

California Education Code Section 49423 allows the school nurse or other designated school personnel to assist students who are required to take medication during the school day, provided that appropriate authorization is given.

“Medication” includes prescription medication, over-the-counter medication, nutritional supplements and herbal remedies. Parents are responsible for providing all medication and supplies and equipment necessary to administer the medication. No medications, including over-the-counter medications, will be given without a prescription. The medication prescription must be current and medication must be supplied in the original package or original prescription bottle with pharmacy label attached (ask your pharmacist to divide the medication into two bottles completely labeled: one for home and one for school). The medication must be prescribed to the student to whom it will be administered and all medication containers must include a label with the student’s name, physician’s name, the name of the medication, and directions for use.

I authorize and hereby request that designated school personnel assist my child in taking this prescribed medication (including prescribed over-the-counter medication, nutritional supplements and herbal remedies) as prescribed by the child’s health care provider. I agree to, and do hereby release and hold the District and its employees and contractors harmless from any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any type, because of or arising from acts or omissions with respect to this medication and agree to indemnify each of them with regard to any judgment or claim rendered against them arising out of this medication administration arrangement. I understand that my child may not have or take medication at school unless all requirements are met. I hereby give consent for a school nurse to communicate with my child’s health care provider and counsel school personnel as needed with regard to this medication.

	M/F	
Students Name (Print)	SEX	Date of Birth

I have read and understand the above authorization and release. I will immediately notify the school if there is any change in medication my child is taking at school. I understand that this authorization is in effect for a maximum of one school year, and the District will require a new authorization the beginning of each school year, or if any changes in prescription occur.

Signature of Parent or Legal Guardian	Date

**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

↓ ↓ ↓

- 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: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

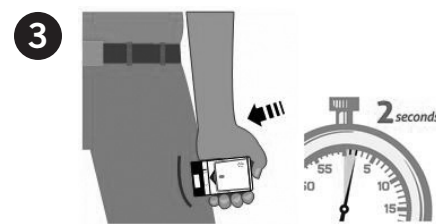
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

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

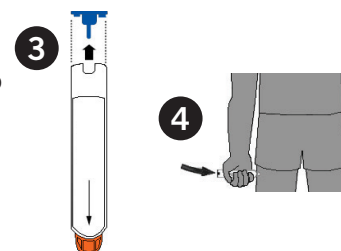
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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.



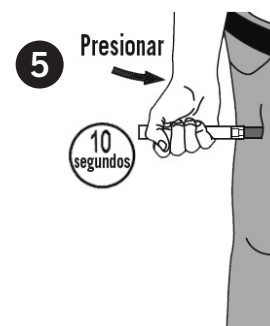
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

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.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), 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: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro _____ Grado: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA): _____

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIFICACIÓN: _____ Hora: _____ Vía de Administración: _____

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE _____

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: _____

Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presente durante la administración del medicamento.

FECHA: _____ DOCTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: _____

Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: _____



AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La sección 49423 del Código Educativo de California permite que la enfermera de la escuela u otro miembro designado del personal escolar ayude a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, siempre y cuando se otorgue la autorización apropiada.

“Medicamento” incluye medicamento recetado, medicamento sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopático / a base de hierbas. Los padres son responsables por entregar todos los medicamentos y materiales y equipo necesarios para administrar el medicamento. Ningún medicamento, incluyendo aquellos sin receta, será administrado sin una receta médica. La receta debe estar al día y el medicamento debe entregarse en su envase original o en el envase con la etiqueta de la farmacia (pida al farmacéutico que divida el medicamento en dos envases completamente etiquetados: una para la casa y uno para la escuela). El medicamento debe haber sido recetado al estudiante que lo va a tomar y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre de medicamento y las instrucciones para su uso.

Por medio de la presente autorizo y pido que el personal escolar asignado ayude a mi niño a tomar el medicamento recetado por un médico, (incluyendo medicinas que se obtienen sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopáticos / a base de hierbas) según lo recetado por el proveedor de salud del niño. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad al Distrito y sus empleados y contratistas de cualquier reclamo y demanda, causas de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo a causa u originada por actos u omisiones con respecto a este medicamento y estoy de acuerdo a indemnizar a cada uno de ellos en cuanto a cualquier veredicto o reclamo hecho en contra de ellos a resultado de este acuerdo de administración de medicamentos. Yo entiendo que mi niño no puede tener o tomar medicina en la escuela a menos que se cumpla con todos los requisitos. Doy consentimiento a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo y aconsejar al personal de la escuela según se necesite en cuanto a este medicamento.

	<u>M/F</u>	
Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta)		SEXO Fecha de Nacimiento

He leído y entiendo la autorización y liberación. Yo notificaré a la escuela inmediatamente si hay cualquier cambio en el medicamento que mi niño está tomando en la escuela. Yo entiendo que esta autorización es vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una autorización nueva al principio de cada año escolar o si ocurren cambios en la receta.

Firma del Padre o Tutor

Fecha