

PLAN DE EMERGENCIA ATENCIÓN DE LA SALUD
ALERGIA

Insert Child's

Picture Here

ALÉRGICO A: _____

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Maestro/a _____

Asmático Sí No *Alto riesgo de reacción grave

SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN:

SISTEMAS:

- BOCA
- GARGANTA
- PIEL
- ESTÓMAGO
- PULMÓN*
- CORAZÓN*

SYMPTOMS:

picazón e hinchazón de los labios, la lengua o la boca
picazón y/o una sensación de oppression en la garganta, ronquera y tos seca
ronchas, erupción cutánea con picazón y/o inflamación de la cara o las extremidades
nauseas, calambres abdominals, vómitos y/o diarrea
falta de aliento, tos repetitive, y/o sibilancias
"pulso filiforme" o desmayo

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. *Todos los síntomas anteriores pueden potencialmente pasar a UNA SITUACIÓN PELIGROSA PARA LA VIDA.

DURANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA, LOS SÍNTOMAS TÍPICOS DE MI HIJO SON: _____

ACCIÓN:

1) Si se sospecha de ingestión, give _____ and
llame al 911 inmediatamente! Medicamento / Dosis / Ruta

RESCATE DE LLAMADA SQUAD-911 (que sean conscientes de que se utilizó epinefrina): _____ o (marque)

2) CONVOCATORIA: Madre _____ Numero _____ Numero _____

3) CONVOCATORIA: Padre _____ Numero _____ Numero _____

NO hesitate PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS O LLAME AL PELOTÓN DEL RESCATE AUN CUANDO LOS PADRES O DOCTOR NO se puede llegar!

Proveedores de Cuidado de Salud Nombre: _____ Número: _____

Firma de Padre

Fecha

Firma Enfermera de la Escuela

Fecha

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1 _____

Relació: _____ Teléfono _____

2 _____

Relació: _____ Teléfono _____

PERSONAS CAPACITADO

1. _____ Rm _____ Ext. _____

2. _____ Rm _____ Ext. _____

3. _____ Rm _____ Ext. _____