

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**
2. **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:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
2. Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. 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

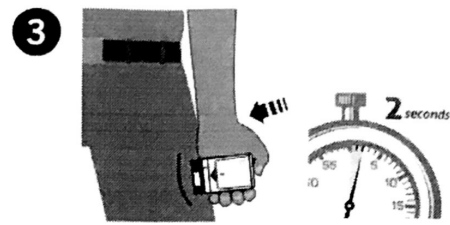
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

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

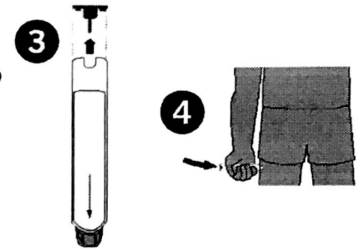
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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.



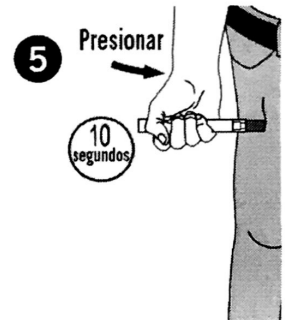
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

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 (cuenta 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: _____

MOUNT PLEASANT CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Medication Administration Order Form
for School and School Activities



Student Name: _____ DOB/Grade: _____ Teacher/HR: _____

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____

Orders To Be Completed By Health Care Provider

Diagnosis (must be included) and Medication Name	Dose	Route	Frequency (Time)	Sign, Symptom or Situation (if prn)	<input checked="" type="checkbox"/> applicable boxes below
					<input type="checkbox"/> Independent Student <input type="checkbox"/> Supervised Student <input type="checkbox"/> Nurse Dependent
					<input type="checkbox"/> Independent Student <input type="checkbox"/> Supervised Student <input type="checkbox"/> Nurse Dependent
					<input type="checkbox"/> Independent Student <input type="checkbox"/> Supervised Student <input type="checkbox"/> Nurse Dependent

***For any medication that is considered "Rapid Administration" (e.g. inhalers, diabetic medications) please complete the NYSCSH Provider Attestation and Parent Permission Form**

Prescriber: Please choose level of supervision needed for each medication ordered

Independent Student	I attest that this student has demonstrated to me that he/she can self-administer the medication(s) noted above safely and effectively, and may carry and use this medication independently at any school/school sponsored activity with no supervision by school staff. This code cannot be used for Grades K-2.
Supervised Student	I attest that this student is self-directed regarding his/her medication. He/She understands the purpose, name, amount, dose, timing and effect of taking or not taking the medication. Recognizes what medication looks like and if/when to refuse to take it. The school nurse, or designated person in the absence of the school nurse, will assist the student in taking his/her medication. Medication is kept in the Health Office.
Nurse Dependent Student	I attest that this student is non-self-directed. A nurse must administer the student's medication.

Name/Title of Licensed Prescriber (Print) _____



Prescriber's Signature _____ Date _____ Phone _____

To Be Completed By Parent

I give permission for the above medication to be administered to my child as ordered by my Health Provider. I will furnish the medication in the **original pharmacy container**, properly labeled with directions and dosage, or original over-the-counter medication container/packaging with my child's name on it. I will deliver medication to Health Office if my child is not deemed independent.

In addition, parent permission along with provider consent is required for students to self-administer and self-carry medication. Students identified with this designation are independent in taking their medication at school and require no supervision by the nurse or school staff. Parents assume responsibility for ensuring that their child is carrying and taking their medication as ordered. Schools may revoke the self-carry/ self-administer privilege if the student proves to be irresponsible or incapable.

A new order form is required for each new school year.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Phone _____

**PROVIDER ATTESTATION AND PARENT PERMISSIONS
FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE**

Directions for the Health Care Provider: This form may be used as an addendum to a medication order which does not contain the required diagnosis and attestation for a student to independently carry and use their medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** are needed in order for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that he or she can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively, and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- Allergy and requires Epinephrine Auto-injector
- Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- _____ which requires rapid administration of _____
(State Diagnosis) (Medication Name)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use their medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ Date: _____

Please return to School Nurse:

School Nurse:		School:
Phone #:	Fax:	Email: