

# **BERMUDIAN SPRINGS SCHOOL DISTRICT**

## **Anafilaxia (REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE) PLAN DE GESTIÓN**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ año escolar: \_\_\_\_\_ Grado/Maestro: \_\_\_\_\_

Usted ha indicado en la tarjeta de Emergencia que su hijo tiene una reacción alérgica a un elemento. A fin de que personal de la escuela para responder a esto de una forma más rápida y eficaz, se necesita información adicional. Esta información será compartida únicamente con las personas que tienen la necesidad de conocer.

### **Mi hijo de anafilaxia (reacción alérgica grave) los desencadenantes son:**

- Cacahuetes     Las nueces de árbol     Picaduras de insectos  
 Leche     Todos los productos lácteos     Trigo  
 Pescado     Mariscos     Medicamentos (por favor, especifique): \_\_\_\_\_  
 Huevos     Látex     Los aditivos de los alimentos (por favor, especifique): \_\_\_\_\_  
 Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

### **Mi hijo de anafilaxia síntomas generalmente son:**

- Hinchazón (los ojos, los labios, la cara, la lengua)     Tos o asfixia  
 Cara enrojecida o cuerpo     Fría, húmeda, sudorosa piel  
 Dificultad para respirar o tragar     Los dolores de estómago, diarrea, vómitos  
 Mareos, confusión, desmayo o pérdida de conciencia     Urticaria  
 Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_  
 Desconocido

### **Mi hijo necesita los siguientes medicamentos si la reacción se produce:**

- Benadryl  
 La epinefrina Auto-Injectors (el "médico" en el reverso debe ser completado por su médico de familia)  
 Otros (que requieren la finalización de la "Sección médico" de la cara inversa): \_\_\_\_\_  
 Mi hijo requiere los siguientes procedimientos o precauciones para ayudar a prevenir una reacción en la escuela: \_\_\_\_\_

---

Como los padres de familia o tutores de alumnos mencionados, aliviar el distrito escolar y sus empleados de cualquier responsabilidad por los beneficios o consecuencias de la medicación o su administración cuando se prescritos por los médicos y padres de familia o tutor autorizado. Además, acepto que la escuela no asume ninguna responsabilidad por asegurar que se toma el medicamento o auto-administrado correctamente. Soy consciente de que el uso inadecuado de los medicamentos mencionados por el estudiante al que está prescrita o el incumplimiento de las políticas del Distrito resultará en la inmediata confiscación de la medicación, pérdida de privilegios de administración, y de las posibles consecuencias disciplinarias.

- Mi hijo puede autoadministrarse la medicación según lo prescrito por su médico. (Todas las zonas de la "Sección Médico" [en] lado inverso debe completarse para que el estudiante pueda auto-administrar el medicamento).
- Mi hijo se informe a la enfermera de la escuela o del personal designado inmediatamente después de cada uso del medicamento. La enfermera puede evaluar y supervisar uso por parte de los estudiantes para asegurar que las prácticas de seguridad están siendo seguidos.
- Entiendo que esta autorización deberá ser renovada en forma anual.

\_\_\_\_\_  
Padre/guardián Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sección de Estudiantes**

Estoy de acuerdo con ser el único responsable de la medicación y de seguir las instrucciones para su uso como ordenada por el médico y la enfermera de la escuela, así como en el distrito de la medicación. Estoy de acuerdo en notificar e informar a la enfermera de la escuela inmediatamente después de cada uso de cualquier medicamento. Estoy de acuerdo en que la medicación es sólo para mi uso y no se puede compartir con los demás. Soy consciente de que cualquier abuso de los privilegios de la confiscación de la medicación y/o otras consecuencias disciplinarias.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN**

**Epinephrine Injections:**

0.15mg Epinephrine Auto-Injectors                       0.3mg Epinephrine Auto-Injectors

Please check all that applies:

- Student is knowledgeable about this medication, how to administer it, and understands that he/she may not share the medication with another person.
- Student is qualified to self-administer this medication as prescribed by his/her physician and may carry it with them while on school property and at school-sponsored events or activities.

**Additional Medications for Anaphylactic Reactions (ex: Prednisone)**

**Medication #1**

Medication Name \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Route \_\_\_\_\_ Side Effects \_\_\_\_\_

Indications of when to administer the above medication: \_\_\_\_\_

**Medication #2**

Medication Name \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Route \_\_\_\_\_ Side Effects \_\_\_\_\_

Indications of when to administer the above medication: \_\_\_\_\_

**Comments:**

Any additional information needed to treat this student at school should he/she have an anaphylactic reaction.

The child requires the following procedures or precautions to help prevent a reaction at school:

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

(Please Print)

Address: \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_