Simi Valley Unified School District
Student Support Services 875 E. Cochran St. Simi Valley, CA 93065 805-306-4500

PLAN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS / ANAFILAXIA

Nombre _____ F.D.N. _____ Escuela _____

Alergia a: _____ Asma: ❑ Sí ❑ No

SÍNTOMAS MEDIOS SOLAMENTE:

BOCA:	Picazón de la boca
NARIZ:	Picazón, mocos, estornudos
PIEL:	Un poco de urticaria alrededor de la boca/cara
INTESTINO:	Poco de nausea/malestar

1. DAR UN ANTIHISTAMÍNICO
2. Quedarse con el estudiante y vigilar.
3. Comunicarse con el padre y la enfermera.
4. Si los síntomas aumentan (ver abajo), USAR EPINEFRINA.

Reacciona muy fuerte a la siguiente comida/alérgenos: _____

POR LO TANTO:

❑ Si está marcado, dar inmediatamente epinefrina por CUALQUIER síntoma después de ***tal ves*** haber sido expuesto a alérgeno.

❑ Si está marcado, dar epinefrina inmediatamente si el estudiante ha sido ***definitivamente*** expuesto a alérgeno, aunque no se noten síntomas inmediatos.

Cualquier SÍNTOMA GRAVE después de sospechar o saber que ha ingerido/haber sido expuesto:

Uno o más de los siguientes:

PULMÓN:	Problema para respirar, silbido, bastante tos
CORAZÓN:	Pálido, morado, desmayo, pulso bajo, mareo, confundido
GARGANTA:	Cerrada, ronquera, problema para respirar/tragar
BOCA:	Mucha hinchazón (lengua y/o los labios)
PIEL:	Mucha urticaria en el cuerpo

O una **combinación** de síntomas en diferentes áreas del cuerpo:

PIEL:	Urticaria, ronchas con picazón, hinchazón (ojos, labios)
INTESTINO:	Vómitos, diarrea, dolor con cólico

1. **INYECTAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE**
2. Llamar al 911
3. Monitorear la respiración y vía respiratoria
4. Dar antihistamínico/inhalador, después de la epinefrina, si se describe aquí abajo.
5. Acostar al estudiante de espaldas y levantarle las piernas. Si le cuesta respirar o está vomitando, deje que se siente o se acueste de lado.
6. Darle la segunda dosis de epinefrina si los síntomas continúan o vuelve a ocurrir (5 minutos o más después de la última dosis) si está recetado.
7. Contactar al padre de familia y la enfermera.

Medicinas/Dosis

Antihistamínico (marca y dosis): _____

Epinefrina (marca y dosis): _____

❑ Dar la segunda dosis de epinefrina _____ minutos después de la 1ª. dosis, cuando los síntomas continúen o vuelvan a ocurrir.

Otro (Ej.: Inhalador-broncodilatador, si sufre de asma): _____

Consentimiento del padre de familia para la autorización y manejo de anafilaxia en la escuela

Yo (nosotros) el abajo firmante, padre de o tutor legal del estudiante nombrado arriba, pido que el servicio de salud físico especializado, tratamiento de anafilaxia, sea dado a mi hijo/a de acuerdo con las leyes y reglamentos del estado. Yo (nosotros) doy consentimiento para que la enfermera escolar se comunique con el proveedor del cuidado de salud autorizado.

Firma del padre de familia o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Tel.: _____