



Servicios de salud

1200 South Barr Street • Fort Wayne, EN 46802 • Teléfono: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

Reacción alérgica Información para padres y médicos 2023-24

INFORMACIÓN PARA PADRES

Estudiante: _____ Grado: _____ DOB: _____ Cuarto: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____ Teléfono diurno: _____ Celda: _____

Contacto telefónico de emergencia # 1: _____ Relación: _____ Teléfono diurno: _____ Celda: _____

Contacto telefónico de emergencia #2 _____ Relación: _____ Teléfono diurno: _____ Celda: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____ Médico de alergias: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferencia Luterana (W. Jefferson) Luterana (Centro) Luterana (Dupont) Parkveiw (Norte) Parkveiw (Randallia)

Identifique las cosas que pueden desencadenar síntomas alérgicos en su hijo - Verifique todo lo que se aplica

- Abeja/Insecto Látex Medicación Alergia alimentaria (lista de alimentos) _____
- Animales Estacional Polen Otro: _____

Síntomas -Compruebe todos los que se aplican

- Urticaria, erupción cutánea con picazón Hinchazón localizada Hinchazón de la cara Picazón e hinchazón de los labios, la lengua o la boca Opresión en la garganta, ronquera
- Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias Frecuencia cardíaca rápida Desmayo Otros _____

Otra información: verifique todas las que correspondan

- A mi hijo le han recetado un EpiPen Mi hijo sabe cómo usar correctamente un EpiPen A mi hijo le han recetado un inhalador Mi hijo come el almuerzo escolar

Nota: Se llamará al 911 inmediatamente cuando se administre un EpiPen en la escuela. Si la enfermera escolar no está disponible, EpiPen puede ser administrado por personal capacitado sin licencia en el entorno escolar.

Medicamentos de emergencia: ¿qué medicamentos toma su hijo para los síntomas alérgicos de emergencia?

Nombre del medicamento	Importe	Dado para qué síntomas
1.		
2.		
3.		

Actividad exterior y excursiones. Los siguientes medicamentos deben acompañar a mi hijo cuando participe en actividades externas y excursiones. Incluir DIRECCIONES

1.	2.
----	----

Estoy de acuerdo en que esta información (plan) se puede compartir con los miembros del personal apropiados, que trabajan con el estudiante, sobre la base de la necesidad de saber. Por la presente, libero a cualquiera de sus agentes, empleados, administradores, de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o daño que sufra mi hijo como resultado del acuerdo de nuestro Distrito para cumplir con la solicitud anterior. Acepto permitir que la enfermera de la escuela se comunique con mi médico sobre el plan de tratamiento de alergias de mi hijo para la escuela. Fort Wayne Community School District Acepto mantener a la enfermera de la escuela actualizada por escrito sobre la salud de mi hijo, y me comunico con la enfermera de la escuela por escrito si se realiza algún cambio en el plan.

Firma de los padres:	Fecha:
----------------------	--------



Servicios de salud

1200 South Barr Street • Fort Wayne, EN 46802 • Teléfono: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

Reacción alérgica Información para padres y médicos 2023-24

PHYSICIAN INFORMATION This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below.

Student Name _____ D.O.B. _____

This student has an allergy to _____ and will require the following modifications to the school day to ensure his/her safety and wellbeing.

Student will need emergency medications for the following symptoms:

If student is stung or a food allergen has been ingested, but NO SYMPTOMS	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Mouth: itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Skin: hives, itchy rash, swelling of the face or extremities	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Gut: nausea, abdominal cramps vomiting, diarrhea	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Throat: tightening of throat, hoarseness hacking cough	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Lung: shortness of breath, repetitive coughing, wheezing	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Heart: weak or thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
Other:	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler
If reaction is progressing (several of the above areas affected) give:	<input type="checkbox"/>	Epinephrine	<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine	<input type="checkbox"/>	Rescue Inhaler

DOSAGE

Epinephrine: Inject intramuscularly (circle one) EpiPen EpiPen Jr.

Antihistamine: Give: _____ Medication: Amount: Route: (Diphenhydramine)

Rescue Inhaler: Give _____ Medication Number of puffs

- Student's allergy is potentially life threatening and needs a modification to school lunch Student needs to eat in separate dining area
- Student medication may be secured in the school clinic. Student MUST carry own emergency medication on their person at all times.
- Other modification needed _____

Note: 911 will be called immediately when an EpiPen is administered at school. If school nurse is not available EpiPen may be administered by trained unlicensed staff in the school setting.

Physician Signature _____ Date _____