

Lake Stevens School District

G1: Orden de medicamentos para alergias severas



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta sección debe ser completada por un proveedor de atención médica autorizado (LHP)

➔ La estudiante tiene alergia severa a: _____

Cuando una enfermera escolar **NO ESTÁ DISPONIBLE**, el personal capacitado administrará epinefrina sin demora si hay algún síntoma de alergia o ingestión conocida como se indica en el Plan de Acción de Emergencia del Estudiante (EAP). Si un estudiante tiene síntomas o sospecha exposición (es picado, come alimentos a los que es alérgico o está expuesto a algo alérgico):

Documente la hora en que se administraron los medicamentos a continuación y alerte a EMS cuando lleguen.

EpiPen #1: _____

1. Administrar el autoinyector EpiPen (Nuestro distrito no tiene reserva de epinefrina):

EpiPen #2: _____

0.3 mg

Jr. 0.15 mg

Puede repetir el autoinyector EpiPen (si está disponible) en 10 a 15 minutos si los síntomas no se alivian o los síntomas regresan y el EMS no ha llegado.

Antihistamínico: _____

Inhalador: _____

2. Quédate con el estudiante.

3. LLAME AL 911: informe al EMS que al estudiante se le ha administrado epinefrina.

4. Notifique a los padres y a la enfermera escolar.

5. Después de la autoinyección de EpiPen, administre Benadryl®: Sí _____ (ml/mg/cc) **O** antihistamínico Sí _____ (ml/mg/cc)

6. Si el estudiante tiene antecedentes de asma y tiene sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho con reacción alérgica:

Después de la autoinyección de EpiPen y el antihistamínico, puede dar:

Albuterol 2 inhalaciones (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®)

Otro: _____

Levalbuterol 2 inhalaciones (Xopenex®)

Albuterol/Levalbuterol dosis unitaria SVN (per nebulizer)

7. Un estudiante que recibe un autoinyector EpPen debe ser supervisado por personal médico o uno de los padres y NO puede permanecer en la escuela.

EFFECTOS SECUNDARIOS de los medicamentos:

El estudiante puede llevar y autoadministrarse el autoinyector EpiPen +/- antihistamínico

Autoinyector EpiPen: _____

El estudiante puede llevar y auto administrarse inhalador

Antihistamínico: _____

El estudiante ha demostrado el uso del autoinyector EpiPen en la oficina de LHP

Albuterol/Levalbuterol: _____

El estudiante ha demostrado el uso del inhalador en la oficina de LHP

Información requerida para los Servicios de Alimentos y Nutrición del Distrito, según las pautas del USDA. Si las instrucciones no son claras, buscaremos una aclaración por escrito.

“Alimento/Ingrediente/Aditivo” específico para OMITIR/RESTRINGIR durante el servicio de comidas: _____

Alimentos a SUSTITUIR (si corresponde): _____

Puede tener productos horneados con una pequeña cantidad de huevos.

Firma LHP: _____ Imprimir nombre: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización (no debe exceder el año escolar actual): _____ Ultimo día de escuela

Otro: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

- Solicito que este medicamento se administre según lo ordenado por el profesional de la salud con licencia (LHP) (es decir, médico, enfermera practicante, PAC).
- Doy permiso al personal de servicios de salud para comunicarse con el personal del consultorio médico/LHP acerca de su medicamento.
- Entiendo que cualquier medicamento no será necesariamente administrado por una enfermera escolar, sino que puede ser administrado por personal escolar capacitado y supervisado.
- La información médica/medicamentos se puede compartir con el personal de la escuela que trabaja con mi hijo y el personal del 911, si se les llama.
- Todos los medicamentos suministrados deben venir en su envase original con las instrucciones indicadas anteriormente por el profesional de la salud autorizado.
- Se alienta al estudiante a usar un brazalete de identificación médica que identifique la condición médica.
- ➔ Solicito y autorizo a mi hijo a llevar y/o autoadministrarse su medicamento
Sí No
- ➔ Este permiso para poseer y autoadministrarse cualquier medicamento puede ser revocado por el director o la enfermera de la escuela si se determina que el estudiante no puede autoadministrarse de manera segura y efectiva.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

For Use by District Nurse Only

Student has demonstrated to the nurse the skill necessary to use the medication and any device necessary to self-administer the medication.

Device(s) if any, used: _____ Expiration date(s): _____

School nurse signature: _____ Date: _____