



FABENS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES

PO BOX 697 FABENS, TX 79838

ANAPHYLAXIS SELF MANAGEMENT AGREEMENT

Student Name: _____ Grade: _____ ID#: _____

Dear Parents/Guardians,

The health team at Fabens ISD is looking forward to an excellent year for your child. If your child will need to carry his/her epinephrine auto injector at school, he/she may carry it with them as long as we have the appropriate paper work on file. In order to provide the best possible school anaphylaxis management for your child, we request your assistance with the following guidelines:

- 1. Obtain an anaphylaxis management/action plan... 2. If you do not use the attached plan please submit a medication permit... 3. Meet with the school nurse before school entry... 4. Meet with teachers to set up expectations... 5. Prepare your child. Discuss and rehearse the anaphylaxis action plan... 6. Keep the school staff up to date on any changes... 7. Keep your physician up to date on appropriateness... 8. If the student will be carrying their own auto injector... 9. Students are expected to ask for assistance... 10. Failure to comply with these guidelines may lead to your child being excluded...

Thank you for working with us to assist your child. For any questions please call child's school nurse. By signing below you and your child agree to comply with the above instructions.

Parent Signature _____ Date _____

Student Signature _____ Date _____

To be completed by a Licensed Nurse

- [] The above named student has demonstrated correct technique for the use of his epinephrine auto injector and/or prescribed medication... [] This student may self-carry and self-administer his prescribed medication... [] This student needs reinforcement of his/her medication and self-carrying skills... [] School staff that have the need to know about this student's medical condition have been notified.

Nurse Signature: _____ Date: _____



FABENS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES

PO BOX 697 FABENS, TX 79838

ACUERDO DEL AUTOGESTIÓN DE ANAFILAXIA

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ ID#: _____

Estimados Padres/Tutores,

El equipo de salud del Distrito de Fabens espera que el próximo año sea excelente para su hijo/hija. Si su hijo/hija tendrá que utilizar medicamento para el tratamiento de anafilaxia en la escuela, él / ella lo puede cargar siempre y cuando adquiramos la documentación apropiada. Con el propósito de proporcionar el mejor manejo y tratamiento de la anafilaxia durante el periodo escolar de su hijo/hija, le pedimos su ayuda con los siguientes directrices:

1. Obtener el plan de acción y tratamiento de Anafilaxia. La forma debe de ser completa y firmada por un médico o especialista de la salud en la cual el médico notifica las metas del tratamiento, el medicamento y las medidas de reducción de riesgos. Por favor incluya directrices para la gestión de los síntomas de la anafilaxia durante el horario escolar, eventos especiales o eventos fuera del aula (recreo, gimnasio, juegos al aire libre, viajes de estudio, etc.). Adjunto a esta notificación se encuentra la forma del Plan de Acción para la Anafilaxia.
2. Si usted no utiliza la forma del plan de acción adjunta y su hijo/a requiere administración de medicamento durante el horario escolar por favor complete y envíe un permiso de administración de medicamento para cualquier medicina que será suministrada en horas de escuela. Usted puede obtener un permiso de administración de medicamento en el departamento de enfermería de la escuela o puede descárgalo de la página de Web de Fabens ISD. Ya estando en la página de FISD haga clic en "Departments" y señale "Nurse's Corner." Por favor de obtener la etiqueta medica correcta en los medicamentos de su niño/niña y personalmente llevarlos a la escuela. Es de suma importancia que usted proporcione a la enfermera con la pluma de epinefrina sellado y nuevo.
3. Reúnase con la enfermera de la escuela antes de regresar a clases y cuando sea necesario para explicar la condición del estudiante ya sea por el uso de medicamento(s) o agravaciones.
4. Reúnase con los maestros para establecer las expectativas para conservar la comunicación y continuidad en clases cuando su hijo/a falte. Todos los miembros del personal que necesitan saber de la condición médica de su hijo/a serán notificados.
5. Prepare a su hijo. Explique y practique con él/ella el tratamiento médico y cómo manejar los síntomas de su enfermedad o condición médica, agravaciones y restricciones alimenticias y el reglamento escolar.
6. Mantenga el personal de la escuela al día sobre cualquier cambio en el plan de acción y tratamiento para la anafilaxia de su hijo/a.
7. Mantenga a su médico al tanto en lo apropiado de los servicios escolares y sistemas de apoyo.
8. Si el estudiante va a cargar su medicamento, están de acuerdo en no compartir con otro estudiante y usar técnica correcta de la administración del medicamento. (Una infracción de la presente directriz se hará referencia a medidas disciplinarias.)
9. Se espera que los estudiantes pidan ayuda de un empleado y/o enfermera escolar para asistencia con sus síntomas del anafilaxia como sea necesario y si usan la pluma de epinefrina.
10. El incumplimiento de estas directrices puede resultar en que su hijo sea excluido de la escuela hasta que todo el papeleo está en el archivo y la escuela con seguridad puede cuidar a su hijo.

Gracias por su cooperación en asistir a su hijo/a. Para preguntas favor de llamar a la enfermera escolar de su hijo/a. Con su firma usted y su niño se comprometen a cumplir con las instrucciones de arriba.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

To be completed by a Licensed Nurse

- The above named student has demonstrated correct technique for the use of his epinephrine auto injector and/or prescribed medication and understanding of the physician order for emergency use.
- This student may self-carry and self-administer his prescribed medication.
- This student needs reinforcement of his/her medication and self-carrying skills.
- School staff that have the need to know about this student's medical condition have been notified.

Nurse Signature: _____ Date: _____