

PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES CON ALERGIAS

Estudiante: _____ Núm.de identificación del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Objetivo: *Garantizar un entorno seguro, promover la autogestión del estudiante de sus alergias, reconocer los signos de anafilaxia y brindar la asistencia y la atención de urgencia adecuadas.*

- ¿A qué le tiene alergia el estudiante?

<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Frutos secos	<input type="checkbox"/> Trigo	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Pescado
<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Abejas
<input type="checkbox"/> Otro alérgico: _____				
- ¿El estudiante tiene asma? No Sí. Indique los desencadenantes: _____
 ¿Le recetaron medicamentos para combatir el asma? No Sí. Indique cuál (todos los días y según sea necesario): _____
- ¿El estudiante tiene alergias ambientales o estacionales? No Sí. Indique a qué: _____
 ¿Toma medicamentos para combatir las alergias? No Sí. Indique cuál (todos los días y según sea necesario): _____

Antecedentes de reacciones

- ¿Cuántos años tenía el estudiante cuando descubrieron que era alérgico? _____
- ¿Cuántas veces el estudiante tuvo alguna reacción? Nunca Una vez Más de una vez: _____
 Fecha de la última reacción: _____
- ¿Cuánto tardó en aparecer la reacción después de que el estudiante tuvo contacto con el alérgeno? Segundos Minutos
 Horas Días
- Describa la reacción (proporcione detalles específicos, incluya signos o síntomas): _____
- ¿Le administró algún medicamento? No Sí. ¿Qué medicamento le administró? _____
- ¿Alguna vez le administraron una inyección de epinefrina? No Sí
- ¿Alguna vez tuvo que recibir tratamiento en una clínica o un hospital a causa de una reacción alérgica? No Sí.
 Detalle la situación: _____
- ¿Alguna vez el estudiante tuvo una reacción alérgica debido a alguna de las siguientes causas? Consumir o ingerir un alimento
 Tocar un alimento Oler un alimento

Independencia

El estudiante:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Sabe a qué le tiene alergia? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Sabe que no debe compartir ni intercambiar alimentos o utensilios? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Sabe que debe avisarle a una persona adulta si estuvo expuesto a un alérgeno o si tiene síntomas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Planificación de las actividades

- ¿El estudiante participa en actividades o deportes que organiza la escuela fuera del horario escolar? No Sí*
 * Es responsabilidad del padre o la madre informar a una persona adulta o a la persona que entrena al estudiante sobre la afección y los medicamentos que debe tomar el estudiante, y proporcionar el medicamento para la actividad.
- Para los estudiantes de la escuela primaria:

¿El padre o la madre enviará alternativas de bocadillos que el estudiante puede consumir para las fiestas de la clase?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿El estudiante puede comer un bocadillo si el alérgeno no figura en la lista de ingredientes?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿El estudiante puede comer un bocadillo si este se elabora en una fábrica donde se procesa el alérgeno?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Desea que enviemos una carta a la clase para informar que uno de los estudiantes padece alergia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿El estudiante puede comprar almuerzos escolares?	<input type="checkbox"/> A, B o C <input type="checkbox"/> Solo D	
<input type="checkbox"/> Solo la comida que lleva de casa		
- Para estudiantes de 5.º a 12.º grado:

¿El estudiante puede llevar consigo los medicamentos y controlar sus alergias de manera independiente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* (* Se requiere la autorización del padre o la madre y del proveedor de atención médica).
¿El estudiante se puede administrar el medicamento y controlar sus alergias de manera independiente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* (* Se requiere la autorización del padre o la madre y del proveedor de atención médica).	

LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL INYECTOR DE EPINEFRINA:
 Enfermería Lo tiene el estudiante Otro lugar: _____

Consentimiento para el plan de la sección 504 y adaptaciones para estudiantes -----

Todos los estudiantes con una alergia potencialmente mortal son requeridos tener un plan escrito de adaptaciones. Favor de elijar una de las siguiente dos opciones:

- Sí, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para realizar la evaluación y la colocación para el plan de la sección 504. Estoy al tanto de que habrá una revisión anual del plan. Recibí una copia de los documentos [Your Rights Under Section 504](#) (Sus derechos según la sección 504) y [Board Policy on the Use of Isolation, Restraint, and Other Uses of Reasonable Force](#) (Política de la Junta sobre el uso del aislamiento, la restricción y otros usos adecuados de la fuerza) del distrito.
- Mi estudiante recibe servicios de Educación Especial y tiene un IEP (Programa Educación Individualizado)

Responsabilidades del padre, la madre o el tuto -----

- Proporcionar el autoinyector de epinefrina u otros medicamentos recetados con el formulario de autorización de medicamentos firmado por el proveedor de atención médica antes del primer día de clases.
- Proporcionar los medicamentos con las instrucciones de uso correspondientes y reponer los medicamentos después de su uso o luego de la fecha de vencimiento.
- Proporcionar a la escuela dos dosis de epinefrina si en el formulario de autorización de medicamentos el proveedor de atención médica indica que se debe administrar una segunda dosis de epinefrina en el caso de una alergia persistente o de síntomas de anafilaxia.
- Educar al estudiante sobre lo que debe evitar, los síntomas y el tratamiento de las alergias.
- Informar al personal de enfermería sobre cualquier cambio o crisis alérgica o anafiláctica.
- Si el estudiante lleva consigo los medicamentos, asegurarse de que el estudiante siempre tenga epinefrina en la escuela y en las actividades escolares. Recomendamos tener una dosis de epinefrina de respaldo en la enfermería.

Notas sobre la administración de los medicamentos -----

- Si un estudiante tiene síntomas leves de alergia, únicamente el personal de enfermería de la escuela puede tomar la decisión de administrar antihistamínicos, como Benadryl (si así lo indicó el médico), y administrarlos.
- Si a un estudiante le administran Benadryl en la escuela, el padre, la madre o el tutor debe retirarlo del establecimiento para continuar con el control.
- Si el personal de enfermería de la escuela **NO ESTÁ DISPONIBLE** (esto incluye en **excursiones o actividades extracurriculares**), **SE UTILIZARÁ** el autoinyector de epinefrina ante **CUALQUIER síntoma de alergia** o ingesta conocida.
- Si se administra epinefrina en la escuela o en alguna actividad escolar, siempre se llamará al 911.

Responsabilidades del personal de enfermería -----

- Completar el plan de atención para situaciones de urgencia y entregárselo al personal escolar (esto incluye a la persona responsable de la cocina) y al departamento de transporte.
- Proporcionar una lista de los estudiantes que tienen afecciones de salud alimentarias a la dirección del servicio de alimentos de Northshore School District (NSD).
- Proporcionar al personal capacitaciones anuales sobre temas de salud.

Firma del enfermero: _____

Fecha: _____

Firma del padre o madre: _____

Fecha: _____

Solo para el personal de enfermería:

- Formulario de autorización de medicamentos
- Medicamentos recibidos
- Plan de la sección 504 ingresado en Synergy
- Plan de atención para situaciones de urgencia completo
- Notificaciones de Synergy sobre alertas de salud de los estudiantes configuradas
- Carta para la clase (si se solicita)