



OCEAN VIEW SCHOOL DISTRICT  
 Educational Support Services/Health Services  
 714-847-2551 ext. 1314 ♦ 714-596-7078 FAX



**Cuestionario para Padres de Hijos con Alergias/Sensibilidad**  
 Questionnaire for Parents of Child with Food Allergy/Sensitivity

*Imprima por favor:*

**Año Escolar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Cumpleaños:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ **# de casa:** \_\_\_\_\_ **#de trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Nombre de Medico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Usted notifico a la escuela de la alergia/sensibilidad de su hijo/a. La siguiente información ayudara a la enfermera y al grupo de trabajo de la escuela de su hijo para determinar si hay necesidades especiales para su hijo. Por favor responda de la mejor manera posible y regrese esta forma a la oficina de la escuela. ¡Gracias!

**Nombre de la Enfermera:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

1. Alérgico a: \_\_\_\_\_
2. Fecha aproximada de la última reacción: \_\_\_\_\_
3. Descripción de la reacción: \_\_\_\_\_
4. ¿Fue tratado su hijo por algún doctor u hospital? Si  No
5. ¿El medicamento fue recetado por un doctor? Si  No

Si sí, nombre de medicamento(s) \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si su doctor ha recomendado algún medicamento para darle en caso de una reacción alérgica, podemos mantener y administrar una receta en la escuela en caso de emergencia. Si usted quiere hacer estos arreglos, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela.**



OCEAN VIEW SCHOOL DISTRICT  
Huntington Beach, California



Severe Allergy Action Plan

Student's name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

ALLERGY TO: \_\_\_\_\_ Asthmatic? (Circle one) Yes No

**STEP 1: TREATMENT**

**Symptoms:**

- ❖ If a food allergen has been ingested, but *no symptoms*:
- ❖ Mouth – Itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth
- ❖ Skin – Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities
- ❖ Gut – Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea
- ❖ Throat† - Tightening of throat, hoarseness, hacking cough
- ❖ Lung† - Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing
- ❖ Heart† - Thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness

**Give Checked Medication\*\***

(To be determined by physician authorizing treatment)

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |
| <input type="radio"/> Epinephrine | <input type="radio"/> Antihistamine |

The severity of symptoms can quickly change. † Denotes potentially life-threatening.

**DOSAGE:**

**Epinephrine:** inject intramuscularly (circle one) EpiPen® EpiPen® Jr. Other: \_\_\_\_\_

**Antihistamine:** give \_\_\_\_\_  
(Name of Medication) (Dosage) (Route)

**Other:** give \_\_\_\_\_  
(Name of Medication) (Dosage) (Route)

**STEP 2: EMERGENCY CALLS**

1. Call 9-1-1. State that an allergic reaction has been treated, and additional epinephrine may be needed.

2. Parents: \_\_\_\_\_  
(Mother's Name) (Phone number during school hours) (Cell number)

3. Parents: \_\_\_\_\_  
(Cell number) (Father's Name) (Phone number during school hours)

4. Physician: \_\_\_\_\_ Office Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



PARENT/GUARDIAN AND AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR TREATMENT

Name of Student: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_ Grade/Track: \_\_\_\_\_

School/District: \_\_\_\_\_ Teachers Name: \_\_\_\_\_

California Education Code Section, 49423.5 allows the school nurse to train monitor and supervise non-medical school personnel to assist students who require treatment during the school day. This service is provided to enable the student to remain in school and to maintain, or improve his/her potential for education and learning.

I request that the following treatment(s) be administered to my child as ordered by the authorized health care provider:

I understand that designated non-medical school personnel will administer treatment under supervision of a qualified School Nurse. I will notify the school immediately and submit a new authorization form if there are ANY changes in the treatment and/or prescribing authorized health care provider. I give permission for the school nurse to exchange treatment related information with the authorized health care provider. The school nurse may counsel appropriate school personnel regarding the treatment and its possible reactions.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Telephone: (Work) \_\_\_\_\_ (Home) \_\_\_\_\_ (Other) \_\_\_\_\_

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR TREATMENT

Treatment: Emergency Treatment of Allergic Reactions and Anaphylactic Shock

Time schedule and/or indication: \_\_\_\_\_

Precautions, possible untoward reactions, and recommend intervention(s): \_\_\_\_\_

Nursing practice standards will be used for the above stated treatment UNLESS there are specific modifications or recommendations needed as checked below:

a. Implement the treatment using nursing practice standards along with the following modifications:

\_\_\_\_\_

b. Implement the treatment using nursing practice standards along with my attached recommendations.

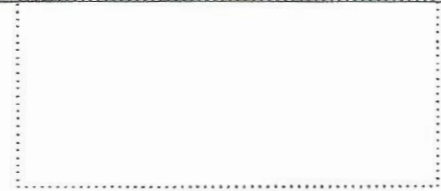
Authorized Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_

Provider NPI#: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Request: \_\_\_\_\_

Date to Discontinue Treatment: \_\_\_\_\_



Office Stamp

SCHOOL USE:

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This request is valid for a maximum of one year.



# EMERGENCY TREATMENT OF ALLERGIC REACTIONS AND ANAPHYLACTIC SHOCK

<p><b>ALLERGEN</b> Please Specify</p> <hr style="width: 50%; margin: 20px auto;"/>
--

## I. GENERAL INFORMATION

To recognize and relieve symptoms of allergic reactions.

- A. Purpose: To recognize and relieve symptoms of allergic reactions.
- B. Average allergic reaction is a hypersensitive state to a foreign substance (allergen), such as insect sting venom, certain foods, chemicals or drugs.
- B. Reactions may range from mild to life-threatening anaphylactic shock. Delayed reactions, such as joint pain, achiness, and localized redness and warmth may occur a few days later.

C. Signs and symptoms may include:

<u>Mild</u>	<u>Moderate/Severe</u>	<u>Anaphylactic Shock</u>
Localized: Pain	Generalized, intense itching	Agitation
Itching	Dizziness	Difficulty breathing --
Swelling	Headache	(Swelling of the throat)
Redness	Nausea	Cyanosis
	Hives	Throbbing heart beat
	Abdominal cramps	Convulsions
		Unconsciousness

- D. Anaphylactic shock is serious and can be fatal. It may occur within 5 minutes to 1 hour after exposure to the allergen. Emergency action is imperative to prevent severe complications or death.
- E. Since injections are involved in the management of anaphylactic shock, the adoption of a policy of giving injections by personnel other than nurses is left to the discretion of each school district or county office. A pre-filled, auto-injection method (such as EpiPen) is recommended for ease of administration.
- F. Parent/care provider to supply necessary equipment for performing procedure at school.

<p>b. Observe student for 20 – 25 minutes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) If localized pain and itching subside or remain minimal, student may return to class.</li> <li>2) If localized pain, itching and swelling increase, notify parent/care-provider.</li> <li>3) If moderate or severe symptoms, or anaphylactic shock develops, continue as per procedure.</li> </ol> <p>3. Manage Moderate/Severe Reactions:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. If intense itching with hives occurs <u>without</u> progression to anaphylactic shock symptoms, then give oral/topical medication if prescribed by physician. This may be sufficient.</li> <li>b. Notify physician and parent/care-provider.</li> </ol> <p>4. Manage <b>Anaphylactic Shock</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Administer oral medication if prescribed by physician.</li> <li>b. Administer intramuscular injectable medication immediately straight into the upper, outer thigh or top of arm.</li> <li>c. Call paramedics and notify parent/care-provider.</li> <li>d. Cover with blanket to maintain body temperature.</li> </ol> <p>5. Document incident.</p>	<p>Be prepared to administer adrenalin, as <u>seconds</u> count!</p> <p><b>If at any time during procedure breathing stops INITIATE CPR IMMEDIATELY.</b></p> <p>These are large muscle groups commonly used for deep injections.</p>
--	--



## EMERGENCY TREATMENT OF ALLERGIC REACTIONS AND ANAPHYLACTIC SHOCK

Student's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

<b>Equipment and Supplies</b> <b>*(Responsibility of parent/care-provider).</b>	1. Oral and/or topical medications as prescribed by physician (Chlortrimeton, Benedryl, etc.) 2. * Emergency injection kit (Adrenalin/Epinephrine)	3. For insect stings/bites, add the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiseptic solution</li> <li>• Meat tenderizer, baking soda</li> <li>• Cold pack</li> </ul>
<b>PROCEDURE</b>		
<b>ESSENTIAL STEPS</b>	<b>KEY POINTS &amp; PRECAUTIONS</b>	
1. Notify school nurse immediately.  2. Determine severity of allergic reaction and proceed accordingly:  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>For insect sting/bite, continue with Step #3; for all other allergic reactions, proceed DIRECTLY TO STEP #4, 5, or 6, depending on severity.</p> </div> <p><b>Manage insect sting/bite</b>          If stinger is still in skin, scrap off with fingernail, fingernail file or tongue blade. <b>DO NOT SQUEEZE STINGER.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cleanse sting area with antiseptic solution and rinse well with cold water.</li> <li>b. Apply meat tenderizer or baking soda.</li> <li>c. Apply cold pack to sting area.</li> </ol> 3. Manage Mild Reaction <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apply cold pack, if appropriate.</li> </ol>	<p>Stinger may have venom sac attached. Squeezing may release more venom.</p> <p>Cleansing reduces chances of secondary infection.</p> <p>Venom contains protein elements that are broken down by meat tenderizer. Baking soda acts as a neutralizer.</p> <p>Cold reduces swelling. Wrap cold pack in toweling. Since direct application of ice can cause tissue damage.</p> <p>Cold reduces swelling. Wrap cold pack in toweling, since direct application of ice can cause tissue damage.</p>	
<b>ESSENTIAL STEPS</b>	<b>KEY POINTS &amp; PRECAUTIONS</b>	



Orange County Department of Education  
Instructional Services

**SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
(PADRES DE FAMILIA Y PROVEEDOR DEL CUIDADO A LA SALUD)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela/Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Grado/Salón: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
CON O SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

La Sección 49423 del Código de Educación de California autoriza al enfermero/a escolar u otro personal escolar no médico designado por la escuela para asistir a los estudiantes que requieran tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proveído con el fin de permitir que el estudiante permanezca en la escuela y mantenga o mejore su potencial para la educación y el aprendizaje.

Por la presente, solicito se le administre a mi hijo la medicina correspondiente de acuerdo con las instrucciones proveídas por escrito por nuestro proveedor de salud autorizado. Entiendo que el personal escolar no médico designado por la escuela puede asistir en llevar a cabo las órdenes escritas bajo la supervisión de un Enfermero Escolar certificado. Voy a notificar a la escuela inmediatamente y voy a enviar una forma nueva si hay cambios en el medicamento, dosis, horario de administración y/o del proveedor del cuidado de salud autorizado que prescribe. Asimismo, autorizo al enfermero escolar a intercambiar información relacionada a los medicamentos con el proveedor del cuidado de la salud autorizado. El enfermero escolar puede asesorar al personal escolar sobre cómo administrar los medicamentos y a reconocer si se presenta alguna reacción al medicamento.

Medicamentos de emergencia tales como EpiPen o inhaladores pueden ser llevados consigo por el estudiante cuando esto sea recomendado por los padres y por el proveedor del cuidado de la salud autorizado. Una dosis extra del medicamento debe ser guardada en la escuela para ser usada en caso de emergencia. Exonero/libero de responsabilidad civil al distrito y al personal escolar si mi niño/a sufre una reacción adversa al medicamento que se haya tomado.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION**

Reason for Medication: \_\_\_\_\_

Medication antihistamine ( ) Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

If PRN: Amount of time between doses \_\_\_\_\_ Maximum number of doses \_\_\_\_\_ per day.

Possible medication reactions: \_\_\_\_\_

Instructions for emergency care \_\_\_\_\_

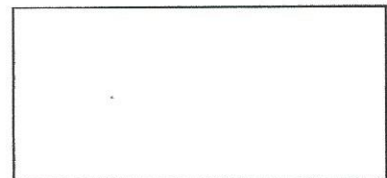
Authorized Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

Date of Request: \_\_\_\_\_

Date to Discontinue Medication: \_\_\_\_\_



Office Stamp

**Regarding EpiPen/Inhalers:** It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency Inhaler/EpiPen. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

Health Care Provider Initials \_\_\_\_\_

**SCHOOL USE:**

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Orange County Department of Education  
Instructional Services

**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA PARA LA  
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

PARA LOS PADRES DE FAMILIA / GUARDIANES:

El tratamiento médico es responsabilidad de los padres de familia/guardianes y de un proveedor del cuidado de la salud autorizado. Un proveedor del cuidado de la salud autorizado es un individuo quién tiene licencia expedida por el Estado de California para prescribir medicamentos. **Los medicamentos, ya sea con prescripción médica o sin ella**, pueden ser administrados en la escuela cuando un proveedor del cuidado de la salud considere absolutamente necesario que el medicamento sea dado durante el horario escolar. **Se les recomienda al padre de familia / guardián, con la ayuda del proveedor del cuidado de salud autorizado, elaborar un horario para la administración del medicamento en el hogar siempre que sea posible.**

El Código de Educación de California, Sección 49423, permite que el personal escolar asista en el cumplimiento de las órdenes dadas por escrito por proveedores del cuidado de la salud autorizados. El personal escolar no médico designado puede estar asistiendo en la administración del medicamento de su hijo. Ellos van a ser entrenados y supervisados por enfermeros escolares certificados. Los medicamentos van a ser almacenados en un lugar seguro y guardados bajo llave o refrigerados, si es necesario.

Los medicamentos de emergencia tales como EpiPens o inhaladores pueden ser llevados consigo por el estudiante **cuando sea recomendado por un proveedor del cuidado de la salud autorizado y por los padres**. Cuando sea apropiado, la enfermera de la escuela va a evaluar la habilidad del estudiante para administrarse por sí mismo el medicamento de forma segura en base a los reglamentos escritos por el distrito. (Título 5). Una dosis extra del medicamento debe ser guardada en la escuela para ser usada en caso de emergencia. Los estudiantes que tienen una condición médica seria (diabetes, epilepsia, etc.) deben tener en la escuela una dosis de emergencia de su prescripción médica acompañada de las formas de autorización apropiadas en caso de un desastre.

**SI LOS MEDICAMENTOS TIENEN QUE SER ADMINISTRADOS EN LA ESCUELA, TODAS LAS SIGUIENTES CONDICIONES DEBERÁN CUMPLIRSE:**

1. La escuela deberá tener en el archivo una declaración por escrito firmada por el proveedor del cuidado de la salud autorizado/dentista especificando la razón por la que se administra el medicamento, el nombre, dosis, horario para su administración, rutina, efectos secundarios e instrucciones específicas para el tratamiento de emergencia.
2. La escuela deberá tener en los archivos una autorización firmada por los padres de familia o guardianes.
3. Los medicamentos deben ser entregados a la escuela por el padre de familia o guardián u otro adulto responsable.
4. Los medicamentos de su niño deben estar en el contenedor original con el membrete de la farmacia escrito en Inglés.
5. Todos los medicamentos líquidos deben estar acompañados por una unidad de dosificación apropiada.
6. Si se requiere que la pastilla se divida en pedazos y para obtener la dosis correcta del medicamento que será administrado únicamente las pastillas que están marcadas con una raya deberán ser divididas; solamente se puede dividir en dos partes las pastillas que están marcadas con una raya, y únicamente se debe usar un dispositivo comercial para dividir correctamente las pastillas.
7. Los medicamentos que están sobre el mostrador prescritas por una autoridad médica tienen que estar en su envase original.
8. Una forma separada es requerida para cada medicamento.

**NOTA:** Por favor hable con su hijo sobre las instrucciones dadas por el proveedor de salud, para que él/ella esté al tanto de la hora en que el medicamento deba ser administrado en la escuela.

**Siempre que exista un cambio en el medicamento, en la dosis, el horario o la rutina, el padre de familia o guardián y el proveedor de salud autorizado deben completar una forma nueva.**





**Orange County Department of Education  
Instructional Services**

**SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
(PADRES DE FAMILIA Y PROVEEDOR DEL CUIDADO A LA SALUD)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela/Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Grado/Salón: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
CON O SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

La Sección 49423 del Código de Educación de California autoriza al enfermero/a escolar u otro personal escolar no médico designado por la escuela para asistir a los estudiantes que requieran tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proveído con el fin de permitir que el estudiante permanezca en la escuela y mantenga o mejore su potencial para la educación y el aprendizaje.

Por la presente, solicito se le administre a mi hijo la medicina correspondiente de acuerdo con las instrucciones proveídas por escrito por nuestro proveedor de salud autorizado. Entiendo que el personal escolar no médico designado por la escuela puede asistir en llevar a cabo las órdenes escritas bajo la supervisión de un Enfermero Escolar certificado. Voy a notificar a la escuela inmediatamente y voy a enviar una forma nueva si hay cambios en el medicamento, dosis, horario de administración y/o del proveedor del cuidado de salud autorizado que prescribe. Asimismo, autorizo al enfermero escolar a intercambiar información relacionada a los medicamentos con el proveedor del cuidado de la salud autorizado. El enfermero escolar puede asesorar al personal escolar sobre cómo administrar los medicamentos y a reconocer si se presenta alguna reacción al medicamento.

Medicamentos de emergencia tales como EpiPen o inhaladores pueden ser llevados consigo por el estudiante cuando esto sea recomendado por los padres y por el proveedor del cuidado de la salud autorizado. Una dosis extra del medicamento debe ser guardada en la escuela para ser usada en caso de emergencia. Exonero/libero de responsabilidad civil al distrito y al personal escolar si mi niño/a sufre una reacción adversa al medicamento que se haya tomado.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION**

Reason for Medication: \_\_\_\_\_

Medication: Epinephrine Auto-Injector Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

If PRN: Amount of time between doses \_\_\_\_\_ Maximum number of doses \_\_\_\_\_ per day.

Possible medication reactions: \_\_\_\_\_

Instructions for emergency care \_\_\_\_\_

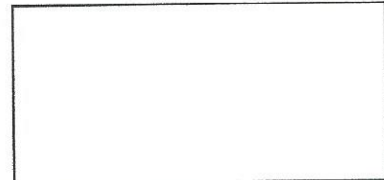
Authorized Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

Date of Request: \_\_\_\_\_

Date to Discontinue Medication: \_\_\_\_\_



*Office Stamp*

**Regarding EpiPen/Inhalers:** It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency Inhaler/EpiPen. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

**Health Care Provider Initials** \_\_\_\_\_

**SCHOOL USE:**

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_