

MEDICAL AUTHORIZATION FOR SEVERE ALLERGY MANAGEMENT AT SCHOOL

School District Okanogan

School: _____

FAX: _____

Student: _____ Birth Date: _____ Grade: _____

Parent Section
Sección de Padres

I request that the school nurse, or designated staff member, administer the medication prescribed below, in accordance with the healthcare provider's instructions. I understand that this information will be shared with school staff on a "need to know" basis.

Yo pido que la enfermera o personal designado, le administre el medicamento recetado de acuerdo con las instrucciones del médico. Yo entiendo que cualquier información de este formulario será comunicada al personal escolar que necesite estar informado.

I give permission for my child to carry this medication.

☐ Yes/ Sí ☐ No

Doy permiso para que mi hijo/hija pueda cargar su medicamento.

I give permission for my child to self-administer this medication.

☐ Yes/ Sí ☐ No

Doy permiso para que mi hijo/hija pueda administrarse su propio medicamento.

Signature/Firma_____
Date/Fecha_____
Phone #1_____
Números de teléfonos_____
Phone #2

----- LICENSED HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE SECTION BELOW -----

Student has severe allergy to: _____

Describe symptoms in previous reactions: _____

Student also has asthma? ☐ No ☐ Yes

If yes, rescue inhaler may be used **after** the Epinephrine has been given: ☐ Yes ☐ No

REQUIRED Treatment for Exposure to Allergen/Suspected Exposure OR Serious Symptoms

Exposure/Suspected Exposure OR Serious Symptoms:

- Hives or swelling in areas other than allergen contact area
- Itching, swelling of lips, tongue, throat, or mouth
- Sense of tightness in throat, hoarseness
- Significant shortness of breath, repetitive coughing, wheezing
- Nausea, cramps, vomiting, and/or diarrhea
- Lightheadedness; dizziness; passing out

1. Give Epinephrine IM Immediately (side effects: ↑ HR, nervousness)

Epinephrine auto-injector: ☐ 0.15mg OR ☐ 0.3mg

☐ If symptoms continue, repeat Epinephrine after 5 - 10 minutes.
(If repeat dose ordered, please provide school with 2nd dose.)

Optional:

☐ **After** giving epinephrine, give _____mg antihistamine
specify medication: _____

2. Note time given

3. Call 911, ask for Advanced Life Support for an allergic reaction

4. Call School Nurse (if available) and notify parent/guardian

5. Remain with student until EMS arrives. Student should be lying down

OPTIONAL Treatment for No Known Exposure to Life-Threatening Allergen WITH Mild Symptoms

No Known Exposure WITH

Mild Symptoms (please check):

- ☐ A few hives
☐ Other (describe) _____

Common side effects of antihistamine
include drowsiness, dry mouth and constipation.

☐ Notify parent/guardian to pick up student for observation

OR

☐ 1. Give _____mg antihistamine
specify medication: _____

2. Notify parent/guardian that antihistamine was given and to pick student up for further observation.

☐ **If serious symptoms develop, give Epinephrine as instructed above.**

This student may carry this emergency medication at school.

☐ Yes ☐ No

This student is trained and capable to self-administer this emergency medication.

☐ Yes ☐ No

Medication order is valid for duration of current school year (which includes summer school).

Licensed Health Care Provider Signature_____
Printed LHCP Name_____
Date_____
Health care provider phone_____
Health care provider FAX

May, 2014

Okanogan School District
Bee or Insect Allergy Information for School

Student Name: _____ Date of birth _____

Parent/Guardian: _____ Phone _____ Cell/work _____

Health Care Provider treating bee allergy: _____ Phone _____

Do **you think** your student's bee allergy may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

Does your student's **health care provider think** the bee allergy may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

History and Current Status

What type of stinging bee or insect has your student reacted to? _____

How many times has your student had a reaction? ☐ Never ☐ Once ☐ More than once, explain: _____

When was the last reaction? _____

Are the reactions: ☐ staying the same ☐ getting worse ☐ getting better

Has your student ever needed treatment at a clinic or the hospital for an allergic reaction?

☐ No ☐ Yes, explain: _____

Has your student ever received or used an EpiPen or other injection as treatment? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Triggers and Symptoms

What are the signs and symptoms of your student's allergic reaction? *(Be specific; include things the student might say.)*

How quickly do the signs and symptoms appear after the sting? ____ seconds ____ minutes ____ hours ____ days

Treatment

Does your student understand how to avoid getting a bee sting or insect bite? ☐ Yes ☐ No

What do you do at home if there is a reaction to a bee sting or insect bite?

What treatment or medication has your Health Care Provider recommended for an allergic reaction?
☐ None

Have you used the treatment or medication? ☐ No ☐ Yes

Does your student know how to use the treatment or medication? ☐ No ☐ Yes

Please describe any side effects or problems your student had in using the suggested treatment or medication.

If medication is to be available at school, have you filled out a medication form for school?

☐ Yes
☐ No, I need to get the form, have it completed by our health care provider and return it to school

If medication is needed at school, have you brought the medication/ treatment supplies to school?

☐ Yes
☐ No, I need to get the medication/treatment and bring it to school

What do you want the school to do in case of a bee sting or insect bite?

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Información sobre alergias a las abejas u otros insectos

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono _____ Celular/trabajo _____

Doctor que trata la alergia a las abejas: _____ Teléfono _____

¿Piensa que la alergia de su niño/a a las abejas puede poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

¿El doctor de su niño/a piensa que la alergia a las abejas puede poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

Historia y estado actual

¿Con qué tipo de picadura de abeja u otro insecto ha tenido una reacción su niño/a? _____

¿Cuántas veces tuvo su niño/a una reacción? ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Más de una vez, explique:

¿Cuándo fue la última reacción? _____

Las reacciones: ☐ se mantienen iguales ☐ están empeorando ☐ están mejorando

¿Alguna vez su niño/a necesitó tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Alguna vez su niño/a ha recibido o usado un EpiPen u otra inyección como tratamiento? ☐ No ☐ Sí, explique:

Causas y síntomas

¿Cuáles son las señales y síntomas de que su niño/a tiene una reacción alérgica? *(Sea específico, incluya las cosas que su niño/a podría decir.)*

¿Qué tan rápidamente aparecen las señales y síntomas después de la picadura?
___ segundos ___ minutos ___ horas ___ días

Tratamiento

¿Entiende su niño cómo evitar ser picado por una abeja u otro insecto? ☐ Sí ☐ No

¿Qué hace en casa si aparece una reacción a una picadura de abeja u otro insecto?

¿Qué tratamiento o medicamento le recomendó su doctor para una reacción alérgica?
☐ Ninguno

¿Ha usado el tratamiento o medicamento? ☐ No ☐ Sí

¿Sabe su niño/a cómo usar el tratamiento o medicamento? ☐ No ☐ Sí

Describe cualquier efecto secundario o problemas que haya tenido su niño/a al usar el tratamiento o medicamento sugerido.

Si necesita que los medicamentos estén disponibles en la escuela, ¿ha completado un formulario de medicamentos para usar en la escuela?

☐ Sí ☐ No, necesito conseguir el formulario, hacerlo completar por el doctor y devolverlo a la escuela con todos los medicamentos necesarios

Si se necesitan medicamentos en la escuela, ¿trajo a la escuela los medicamentos/suministros del tratamiento?

☐ Sí ☐ No, necesito conseguir los medicamentos/tratamiento y traerlos a la escuela

¿Qué quiere que haga la escuela en caso de una picadura de abeja u otro insecto?

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Okanogan School District
Food Allergy Information for School

Student Name: _____ Date of birth _____ Date _____

Parent/Guardian: _____ Phone _____ Cell/work _____

Health Care Provider treating food allergy: _____ Phone _____

Do **you** think your student's food allergy may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

Does your student's **health care provider** think the food allergy may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

History and Current Status

Check the foods that have caused an allergic reaction:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| ☐ Peanuts | ☐ Fish/shellfish | ☐ Eggs |
| ☐ Peanut or nut butter | ☐ Tomato products | ☐ Milk |
| ☐ Peanut or nut oils | ☐ Tree nuts (walnuts, almonds, pecans, etc) | |

Please list any others: _____

How many times has your student had a reaction? ☐ Never ☐ Once ☐ More than once, explain:

When was the last reaction? _____

Are the food allergy reactions: ☐ staying the same ☐ getting worse ☐ getting better

Triggers and Symptoms

What has to happen for your student to react to the problem food(s)? *(Check all that apply)*

- ☐ Eating foods ☐ Touching foods ☐ Smelling foods ☐ Other, please explain:

What are the signs and symptoms of your student's allergic reaction? *(Be specific; include things the student might say.)*

How quickly do the signs and symptoms appear after exposure to the food(s)?

_____ seconds _____ minutes _____ hours _____ days

Treatment

Has your student ever needed treatment at a clinic or the hospital for an allergic reaction?

- ☐ No ☐ Yes, explain:

Does your student understand how to avoid foods that cause allergic reactions? ☐ Yes ☐ No

What treatment or medication has your Health Care Provider recommended for use in an allergic reaction?

Have you used the treatment? ☐ No ☐ Yes Does your student know how to use the treatment? ☐ No ☐ Yes

Please describe any side effects or problems your child had in using the suggested treatment:

If medication is to be available at school, have you filled out a medication form for school?

- ☐ Yes
☐ No, I need to get the form, have it completed by our health care provider and return it to school

If medication is needed at school, have you brought the medication/ treatment supplies to school?

- ☐ Yes
☐ No, I need to get the medication/treatment and bring it to school

What do you want us to do at school to help your student avoid problem foods?

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Okanogan Distrito Escolar
Información sobre alergias a los alimentos para la escuela

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono _____ Celular/trabajo _____

Doctor que trata la alergia a los alimentos: _____ Teléfono _____

¿Piensa que la alergia a los alimentos de su niño/a **puede poner en riesgo su vida**? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

¿El **doctor** de su niño/a **piensa** que la alergia a los alimentos **puede poner en riesgo su vida**? ☐ No ☐ Sí
(Si responde SÍ, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

Historia y estado actual

Marque todos los alimentos que han causado una reacción alérgica:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| ☐ Maní (cacahuete) | ☐ Pescado/mariscos | ☐ Huevos |
| ☐ Maní o mantequilla de maní | ☐ Árboles de nueces (nogal, almendro, pacana, etc.) | ☐ Leche |
| ☐ Maní o aceites de maní | | |

Detalle cualquier otro alimento: _____

¿Cuántas veces tuvo su niño/a una reacción? ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Más de una vez, explique: _____

¿Cuándo fue la última reacción? _____

Las reacciones alérgicas a los alimentos: ☐ se mantienen iguales ☐ están empeorando ☐ están mejorando

Causas y síntomas

¿Qué tiene que suceder para que su niño/a reaccione al alimento que causa el problema? *(marque todo lo que corresponda)*

- ☐ Comer el alimento ☐ Tocar el alimento ☐ Oler el alimento ☐ Otro, explique: _____

¿Cuáles son las señales y síntomas de que su niño/a tiene una reacción alérgica? *(Sea específico, incluya las cosas que su niño/a podría decir.)*

¿Con qué velocidad aparecen las señales y síntomas después de la exposición al alimento?

_____ segundos _____ minutos _____ horas _____ días

Tratamiento

¿Alguna vez su niño/a necesitó tratamiento en una clínica o en el hospital por causa de una reacción alérgica?

- ☐ No ☐ Sí, explique: _____

¿Entiende su niño/a cómo evitar los alimentos que le causan reacciones alérgicas? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tratamiento o medicamento le recomendó usar su doctor para una reacción alérgica?

¿Ha usado el tratamiento? ☐ No ☐ Sí ¿Su niño/a sabe cómo usar el tratamiento? ☐ No ☐ Sí

Describe cualquier efecto secundario o problemas que haya tenido su niño/a al usar el tratamiento sugerido:

Si el medicamento va a estar disponible en la escuela, ¿ha completado un formulario de medicamentos para la escuela?

- ☐ Sí
☐ No, necesito conseguir el formulario, hacerlo completar por el doctor y devolverlo a la escuela

Si se necesitan medicamentos en la escuela, ¿trajo a la escuela los medicamentos/suministros del tratamiento?

- ☐ Sí
☐ No, necesito conseguir los medicamentos/tratamiento y traerlos a la escuela

¿Qué quiere que hagamos en la escuela para ayudar a su niño/a a evitar los alimentos problema?

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____