



Salinas City Elementary School District

Allergy Parent Letter

Dear Parent/Guardian:

Salinas City Elementary School District is aware that your child has an *allergy* that may require treatment at school. In order for school to be prepared in case of emergency, we ask that you and your child's physician work together to fill out the attached [Allergy Action Plan](#). Please also fill out the form, [Questionnaire for Parents of a Child with an Allergy](#). The plan is for you and your child's doctor to discuss, complete, and **requires both parent and physician signature**. Please then return to your child's school office as quickly as possible.

This Emergency Action Plan will be made available to all appropriate staff in your child's school building so that the school is aware of what steps to take in case an emergency were to arise.

It is important for your child's safety that we have the proper medication consent forms, supplies, and medications at school in order to respond to an emergency. **All prescription AND over the counter (OTC) medications require a consent form with parent and physician signatures.** The consent form is available in the school's office. This paperwork must be completed **annually** before the first day of school and be brought to the school office.

Not interested in the above? Please sign below and return to the Health Aide.

My child does not need additional services at school. They are always provided first aid.

Child's Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Child's DOB: _____

Date: _____

School Site: _____

Please call the District Nurse or school office if you have any questions or concerns. Thank you for helping us to ensure a safe and healthy year for your child at Salinas City Elementary School District.

Sincerely,

Health Services





Salinas City Elementary School District

Carta para padres sobre alergias

Estimado padre / tutor:

El Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas sabe que su hijo tiene una *alergia* que puede requerir tratamiento en la escuela. Para que la escuela esté preparada en caso de emergencia, le pedimos que usted y el médico de su hijo trabajen juntos para completar [el Plan de acción para alergias adjunto](#). También complete el formulario, [Cuestionario para padres de un niño con alergia](#). El plan es para que usted y el médico de su hijo lo discutan, completen y **requieran la firma del padre y del médico**. Luego, regrese a la oficina de la escuela de su hijo lo antes posible.

Este Plan de Acción de Emergencia estará disponible para todo el personal apropiado en el edificio escolar de su hijo para que la escuela sepa qué pasos tomar en caso de que surja una emergencia.

Es importante para la seguridad de su hijo que tengamos los formularios de consentimiento de medicamentos adecuados, suministros y medicamentos en la escuela para responder a una emergencia. **Todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) requieren un formulario de consentimiento con las firmas del padre y del médico**. El formulario de consentimiento está disponible en la oficina de la escuela. Esta documentación debe completarse **anualmente** antes del primer día de clases y llevarse a la oficina de la escuela.

¿No te interesa lo anterior? Firme a continuación y devuélvase al asistente de salud.

Mi hijo no necesita servicios adicionales en la escuela. Siempre se les proporcionan primeros auxilios.

Nombre del niño: _____ Firma del padre /tutor: _____
Fecha de nacimiento del niño _____ Fecha: _____
Lugar de la escuela: _____

Por favor, llame a la enfermera del distrito o a la oficina de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias por ayudarnos a garantizar un año seguro y saludable para su niño en el Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas.

Atentamente,

Servicios de salud





Salinas City Elementary School District

Questionnaire for Parents of a Child with an Allergy

Please review this document with your child's allergist or primary care physician. Please have this form signed, dated and returned to the child's health aides office at their school site.

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Today's Date: _____
Parent/Guardian: _____ Phone: _____ Work: _____
Primary Healthcare Provider: _____ Phone: _____
Allergist: _____ Phone: _____

1. Does your child have a diagnosis of an allergy from a healthcare provider? ___ No ___ Yes

2. History and Current Status:

A. Mark what your child is allergic to:

- Peanuts Insect Stings
- Eggs Fish/Shellfish
- Milk Chemicals _____
- Latex Vapors _____
- Soy Other _____
- Tree Nuts (Walnuts, Pecans, etc.)

B: Age of child when allergy first discovered: _____

C: How many times has child had a reaction:

___ Never ___ Once ___ More than once, explain: _____

D: Explain past reaction(s) with Symptoms: _____

E: Are the food allergy reactions:

___ Same ___ Better ___ Worse

3. Trigger & Symptoms:

A. What are the early signs & symptoms of your child's allergic reaction? (Be specific-including things the child may say.) _____

B. How does your child communicate their symptoms? _____

C. How quickly do symptoms appear after exposure to food(s): ___secs. ___ mins. ___ hrs. ___ days.

D. Please check the symptoms that your child has experienced in the past:

- Skin:** Hives Itching Rash Flushing Swelling (face, arms, hands, legs)
- Mouth:** Itching Swelling (Lips, tongue, mouth)
- Abdominal:** Nausea Cramps Vomiting Diarrhea
- Lungs:** Shortness of breath Repetitive Cough Wheezing
- Heart:** Weak pulse Loss of consciousness

4. Treatment:

A. How have past reactions been treated? _____

B. How effective was the child's response to treatment? _____

C. Was there an emergency room visit? ___ No ___ Yes, Explain: _____

D. Was the child admitted to the hospital? ___ No ___ Yes, Explain: _____

E. What treatment or medication has your healthcare provider recommended for use in an allergic reaction: _____

F. Has your healthcare provider provided you with a prescription for medication? ___ No ___ Yes

G. Have you used the treatment or medication? ___ No ___ Yes

H. Please describe any side effects or problems your child has in using the suggested treatment: _____



5. Self Care:

- A. Is your child able to monitor and prevent their own exposures? No Yes
- B. Does your child:
 - a. Know what foods to avoid No Yes
 - b. Ask about food ingredients No Yes
 - c. Read and understand food labels No Yes
 - d. Tell an adult immediately after exposure No Yes
 - e. Wear any medical alert identification No Yes
 - f. Tell peers and adults about the allergy No Yes
 - g. Firmly refuses a problem food No Yes
- C. Does your child know how to use emergency medication No Yes _____
- D. Has your child ever administered their medication No Yes _____

6. Family/Home:

- A. How do you feel about your family coping with your child's food allergy? _____
- B. Does your child carry epinephrine in the event of a reaction? No Yes
- C. Has your child ever needed to administer epinephrine? No Yes
- D. Do you feel that your child needs assistance in coping with his/her food allergy? _____

7. General Health:

- A. How is your child's general health other than the food allergy? _____
- B. Does your child have any other health conditions? _____
- C. Recent Hospitalizations? _____
- D. Does your child have a history of Asthma? No Yes
 - a. If yes, does your child have an asthma action plan? No Yes
- E. Please add any additional information you would like the school to know: _____

8. Notes:

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____



Cuestionario para padres de un niño con alergia

Revise este documento con el alergólogo o el médico de atención primaria de su hijo. Por favor haga que este formulario sea firmado, fechado y devuelto a la oficina de los auxiliares de salud del niño en su escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Padre / tutor: _____ Teléfono: _____ Trabajo: _____
Proveedor de atención médica primaria: _____ Teléfono: _____
Alergólogo: _____ Teléfono: _____

1. ¿Tiene su hijo un diagnóstico de una alergia de un proveedor de atención médica? ___ No ___ Sí

2. Historia y estado actual:

A. **Marque a qué es alérgico su hijo:** B: Edad del niño cuando se descubrió la alergia por primera vez:
___ cacahuete ___ Picaduras de insectos C: ¿Cuántas veces ha tenido el niño una reacción?
___ Huevos ___ Pescado / Marisco ___ Nunca ___ Una vez ___ Más de una vez, explique:
___ Leche ___ Químicos
___ Látex ___ Vapores D: **Explique las reacciones pasadas con Síntomas:**
___ Soja ___ Otro
___ Nueces de árbol (nueces, pecanas, etc.) E: **¿Son las reacciones alérgicas a los alimentos:**
___ Igual ___ Mejor ___ Peor

3. Desencadenante y síntomas:

A. **¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de la reacción alérgica de su hijo? (Sea específico, incluidas las cosas que el niño pueda decir.)**

B. **¿Cómo comunica su niño sus síntomas?** _____
C. **Con qué rapidez aparecen los síntomas después de la exposición a los alimentos:**
___ seg. ___ minutos. ___ horas. ___ días.
D. **Por favor, compruebe los síntomas que su hijo ha experimentado en el pasado:**
Piel: ___ Urticaria ___ Picor ___ erupción ___ Enrojecimiento ___ Hinchazón (cara, brazos, manos, piernas)
Boca: ___ Picor ___ Hinchazón (labios, lengua, boca)
Abdominal: ___ Náusea ___ Obstáculo ___ vomitando ___ Diarrea
Pulmones: ___ dificultad para respirar ___ Tos repetitiva ___ sibilancias
Corazón: ___ pulso débil ___ pérdida de consciencia

4. Tratamiento:

A. **¿Cómo se han tratado las reacciones pasadas?** _____
B. **¿Qué tan efectiva fue la respuesta del niño al tratamiento?** _____
C. **¿Hubo una visita a la sala de emergencias?**
___ No ___ Sí, explique: _____
D. **¿El niño fue admitido en el hospital?**
___ No ___ Sí, explique: _____



Salinas City Elementary School District

- E. ¿Qué tratamiento o medicamento ha recomendado su proveedor de atención médica para usar en una reacción alérgica: _____
- F. ¿Su proveedor de atención médica le ha proporcionado una receta para medicamentos?
 No Sí
- G. ¿Ha utilizado el tratamiento o la medicación? No Sí
- H. Por favor describa cualquier efecto secundario o problema que su hijo tenga al usar el tratamiento sugerido: _____

5. Autocuidado:

- A. ¿Puede su hijo controlar y prevenir sus propias exposiciones? No Sí
- B. ¿Su hijo:
 - a. Sabe qué alimentos evitar No Sí
 - b. Pregunte sobre los ingredientes de los alimentos No Sí
 - c. Leer y comprender las etiquetas de los alimentos No Sí
 - d. Informe a un adulto inmediatamente después de la exposición No Sí
 - e. Use cualquier identificación de alerta médica No Sí
 - f. Informe a sus compañeros y adultos sobre la alergia No Sí
 - g. Rechaza firmemente un alimento problemático No Sí
- C. ¿Sabe su hijo cómo usar los medicamentos de emergencia? No Sí
- D. ¿Alguna vez su hijo le ha administrado medicamentos No Sí

6. Familia / Hogar:

- A. ¿Cómo se siente con respecto a que su familia lidia con la alergia alimentaria de su hijo?

- B. ¿Su hijo lleva epinefrina en caso de una reacción? No Sí
- C. ¿Alguna vez su hijo ha necesitado administrar epinefrina? No Sí
- D. ¿Siente que su hijo necesita ayuda para sobrellevar su alergia alimentaria? _____

7. Salud general:

- A. ¿Cómo es la salud general de su hijo además de la alergia alimentaria? _____
- B. ¿Su hijo tiene otras condiciones de salud? _____
- C. ¿Hospitalizaciones recientes? _____
- D. ¿Su hijo tiene antecedentes de asma? No Sí
 - a. En caso afirmativo, ¿tiene su hijo un plan de acción para el asma? No Sí
- E. Por favor agregue cualquier información adicional que le gustaría que la escuela supiera:

8. Notas:

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____



**PLACE
PICTURE
HERE**

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergic to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: **Yes (higher risk for a severe reaction)** **No**

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____

THEREFORE:

- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.
- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:
SEVERE SYMPTOMS



LUNG

Shortness of breath, wheezing, repetitive cough



HEART

Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness



THROAT

Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing



MOUTH

Significant swelling of the tongue or lips



SKIN

Many hives over body, widespread redness



GUT

Repetitive vomiting, severe diarrhea



OTHER

Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A COMBINATION of symptoms from different body areas.



1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS



NOSE

Itchy or runny nose, sneezing



MOUTH

Itchy mouth



SKIN

A few hives, mild itch



GUT

Mild nausea or discomfort

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____



HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

1. Remove Auvi-Q from the outer case. Pull off red safety guard.
2. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
3. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
4. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
3. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
4. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALICK®), USP AUTO-INJECTOR, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
3. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
4. Remove and massage the area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE TEVA'S GENERIC EPIPEN® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR, TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Quickly twist the yellow or green cap off of the auto-injector in the direction of the "twist arrow" to remove it.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, pull off the blue safety release.
3. Place the orange tip against the middle of the outer thigh at a right angle to the thigh.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
5. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE SYMJEPI™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP)

1. When ready to inject, pull off cap to expose needle. Do not put finger on top of the device.
2. Hold SYMJEPI by finger grips only and slowly insert the needle into the thigh. SYMJEPI can be injected through clothing if necessary.
3. After needle is in thigh, push the plunger all the way down until it clicks and hold for 2 seconds.
4. Remove the syringe and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.
5. Once the injection has been administered, using one hand with fingers behind the needle slide safety guard over needle.



ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____



**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: Sí (Riesgo más alto de reacción grave) No








NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

- Si esta opción está marcada y es PROBABLE que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante CUALQUIERA de estos síntomas.
- Si esta opción está marcada y es SEGURO que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.





ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES

 PULMÓN Falta de aire, sibilancia, mucha tos	 CORAZÓN Tez azulada o pálida, desmayo, pulso débil, mareo	 GARGANTA Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar	 BOCA Hinchazón significativa de la lengua o los labios
 PIEL Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado	 INTESTINOS Vómitos reiterados, diarrea grave	 OTRO Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	O UNA COMBINACIÓN de los síntomas de las distintas áreas

↓ ↓ ↓

- 1. INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
- 2. Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES

 NARIZ Picazón o moqueo nasal, estornudos	 BOCA Picazón bucal	 PIEL Algunas ronchas, picazón leve	 INTESTINO Náuseas leves o malestar
--	---	---	---

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____



CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo. Saque la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
3. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
3. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuenta lentamente 1, 2, 3).
4. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
3. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR SYMJEPITM (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para aplicar la inyección, retire la tapa para dejar la aguja expuesta. No coloque el dedo encima del dispositivo.
2. Sostenga la inyección SYMJEPITM solo con los dedos e inserte la aguja en el muslo suavemente. SYMJEPITM puede inyectarse a través de la ropa si es necesario.
3. Después de que la aguja esté en el muslo, empuje el émbolo hacia abajo hasta que haga clic y manténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y masajee el lugar de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.
5. Una vez que se haya administrado la inyección, colocando una mano con los dedos detrás de la aguja, deslice la protección de seguridad por sobre la aguja.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____
 MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
 PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____
 TELÉFONO: _____
 NOMBRE/RELACIÓN: _____
 TELÉFONO: _____



Salinas City Elementary School District

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Name of School: _____
School's Number: _____ Schools Fax: _____ Teacher's Name: _____ Grade _____

In accordance with California Education Code section 49423, all students receiving medication at school require a medication authorization which must be completed by a California licensed physician or other healthcare provider who has the authority to prescribe medication in the state of California. The information requested on this form is necessary to comply with the law and to ensure adequate protection for students. If any of the conditions on this authorization change, a new form must be completed and signed by the parent and health care provider.

This form is valid for school year _____ to _____.

PARENT SECTION

I, the undersigned as legal parent/guardian of _____ (student's name)
_____ (birth date) authorize the school nurse, or other school staff designated by the school site principal, to administer the following listed medication(s) to my child as prescribed on this authorization and in accordance with California law as referenced below. I also authorize, as needed, the sharing of information related to my child's health on matters related to this medication, between the school nurse (or designee) and the health care provider listed below. I will comply with the procedures listed on the back of this form related to administering medication at school.

Date: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Phone Number: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____





The procedure covering prescription and non-prescription medication will be executed under the following conditions:

1. Only medications prescribed by the student's health care provider listed on this form may be brought to school. Written parent permission is also required.
2. The medication shall be taken directly by the student in accordance with instructions from the provider as listed on this authorization.
3. Medication brought to school will be given to the student according to the provisions listed on this form. The prescription or manufacturer's container must be clearly labeled with:
 - The name of the student
 - The name of the prescribing provider
 - The pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer
 - The strength of the medications and the amount to be given (dose)
 - The method of administration (oral, inhaled, topical, etc.)
 - The specific time and/or specific situations in which the medication is given
 - Parents may want to ask the pharmacist for "school packaging" - a separate container labeled just for the school time dose
4. Parents/guardians must provide all materials or necessary equipment for medication administration. 5. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
6. All medications will be kept in a secure place. Any special instructions for storage or security measures must be written by the provider and given to school personnel. Students carrying and administering their own medications must have prescriber and parent/guardian written authorization.
7. A new medication authorization form must be completed for any change in dose, time, or method. It will be valid for the current school year or until a discontinuing date listed by the prescribing individual.

References: California Education Code Section: 49423 Medication at School; 49480 Continuing Medication. Business and Professions Code: 2725 Verbal Orders; Definition of a Physician; Definition of a lawful prescription; 4051 Restrictions on furnishing medications without prescription.





Salinas City Elementary School District

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Número de la escuela: _____ Fax: _____ Nombre del maestro: _____ Grado: _____

De acuerdo con la sección 49423 del Código de Educación de California, todos los estudiantes que reciben medicamentos en la escuela requieren una autorización de medicamentos que debe ser completado por un médico con licencia de California u otro proveedor de atención médica que tenga la autoridad para recetar medicamentos en el estado de California. La información solicitada en este formulario es necesaria para cumplir con la ley y para asegurar protección adecuada para los estudiantes. Si alguna de las condiciones de esta autorización cambia, el padre y el proveedor de atención médica deben completar y firmar un nuevo formulario.

Este formulario es válido para el año escolar desde _____ al _____.

SECCIÓN DE PADRES

Yo, el abajo firmante como padre/tutor legal de _____ (nombre del estudiante)
_____ (fecha de nacimiento) autorizo a la enfermera de la escuela, u otro personal escolar designado por el director de la escuela, a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo como prescrito en esta autorización y de acuerdo con la ley de California como se menciona a continuación. También autorizo, según sea necesario, el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo sobre asuntos relacionados con este medicamento, entre la enfermera de la escuela (o su designado) y el proveedor de atención médica que se indica a continuación. Cumpliré con los procedimientos enumerados en la segunda página de este formulario relacionados con la administración de medicamentos en la escuela.

Fecha: _____ Firma del Padre / Tutor: _____ Número de teléfono: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____





El procedimiento que abarque medicamentos con receta y sin receta se realizará en las siguientes condiciones:

1. Solo se pueden traer a la escuela los medicamentos recetados por el proveedor de atención médica del estudiante que figura en este formulario.
También se requiere el permiso por escrito de los padres.
2. El estudiante deberá tomar el medicamento directamente de acuerdo con las instrucciones del proveedor que se enumeran en esta autorización.
3. Los medicamentos que se traigan a la escuela se le darán al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario. El envase de la receta o del fabricante debe estar claramente etiquetado con:
 - El nombre del estudiante
 - El nombre del proveedor que prescribe
 - La farmacia que dispuso el medicamento o el fabricante
 - La potencia de los medicamentos y la cantidad a administrar (dosis)
 - El método de administración (oral, inhalado, tópico, etc.)
 - El momento específico y/o las situaciones específicas en las que se administra el medicamento.
 - Es posible que los padres quieran pedirle al farmacéutico un "empaque escolar": un recipiente separado etiquetado sólo para la dosis del horario escolar
4. Los padres/tutores deben proporcionar todos los materiales o equipos necesarios para la administración de medicamentos.
5. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento vencido o sin usar.
6. Todos los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro. Cualquier instrucción especial para el almacenamiento o medidas de seguridad debe ser escrita por el proveedor y entregada al personal de la escuela. Los estudiantes que lleven y administren sus propios medicamentos deben tener una autorización por escrito del prescriptor y del padre/tutor legal.
7. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos para cualquier cambio de dosis, hora o método. Será válido para el año escolar en curso o hasta la fecha de suspensión indicada por la persona que lo prescribe.

Referencias: Código de Educación de California Sección: 49423 Medicamentos en la Escuela; 49480 Medicación continua. Código de Negocios y Profesiones: 2725 Órdenes Verbales; Definición de Médico; Definición de prescripción lícita; 4051 Restricciones al suministro de medicamentos sin receta.





Salinas City Elementary School District

Student Self Administration Procedure At School

Students who need medication while at school may carry emergency medication (such as asthma inhalers, insulin, and Epi-pens) and self-administer such medication under the supervision of school personnel, provided the following conditions are met:

1. The medication is necessary to the student's health and must be taken during school hours. A Medication at School form must be completed also.
2. Parent has reviewed with the student the importance of a secure storage place for medication, not to share any medication with others, and to report to school authorities immediately if medication is lost or misplaced.
3. The student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume that responsibility and has been adequately instructed at home.
4. The student agrees to inform his/her teacher and/or the office staff whenever medication is self-administered.
5. Parent understands there will be no medication record of doses received other than what the student provides.
6. Parent will provide a back-up medication unit to be stored in the school health room.
7. Salinas City Elementary School District retains the right to confiscate medications that are misplaced or places the safety of other students at risk.

I request that my child, _____, be allowed to self-administer this medication: _____. All medication will be furnished by me, and is to be in the original container from a pharmacy with the label intact.

I understand that my signature on this form constitutes a waiver for any liability that may arise in the administering of this procedure at school.

SIGNATURE OF PARENT(S) OR GUARDIAN

DATE

SIGNATURE OF STUDENT

DATE

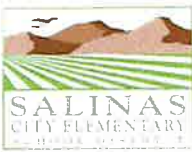
SIGNATURE OF PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF PHYSICIAN

DATE

THIS REQUEST WILL EXPIRE AT THE END OF THE CURRENT SCHOOL YEAR



Salinas City Elementary School District

Procedimiento de escuela de administración propia

Los estudiantes que necesiten medicamentos mientras están en la escuela pueden llevar medicamentos de emergencia (como inhaladores para el asma, insulina y Epi-pens) y autoadministrarse dichos medicamentos bajo la supervisión del personal escolar, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. El medicamento es necesario para la salud del estudiante y debe tomarse durante el horario escolar. También se debe completar un formulario de **Medicamentos en la escuela**.
2. El padre ha repasado con el estudiante la importancia de un lugar seguro para guardar los medicamentos, no compartir ningún medicamento con otros e informar a los administradores escolares de inmediato si el medicamento se pierde o se extravía.
3. El estudiante es físicamente, mentalmente y conductualmente capaz de asumir esa responsabilidad y ha sido instruido adecuadamente en casa.
4. El estudiante se compromete a informar a su maestro y/o al personal de la oficina siempre que el medicamento sea autoadministrado.
5. Los padres entienden que no habrá un registro de medicamentos de las dosis recibidas que no sean las proporcionadas por el estudiante.
6. Los padres proporcionarán una unidad de medicamentos de respaldo para almacenar en la oficina de salud de la escuela.
7. Salinas City Elementary School District tiene el derecho de confiscar medicamentos que se extravíen o pongan en riesgo la seguridad de otros estudiantes.

Solicito que se permita a mi hijo, _____, autoadministrarse este medicamento: _____. Todos los medicamentos serán proporcionados por mí y deben estar en el envase original de una farmacia con la etiqueta intacta.

Entiendo que mi firma en este formulario constituye una renuncia a cualquier responsabilidad que pueda surgir en la administración de este procedimiento en la escuela.

_____	_____
FIRMA DEL PADRE (S) O TUTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL DIRECTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA

ESTA SOLICITUD EXPIRA AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR ACTUAL



Salinas City Elementary School District

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School or Agency	2. Site Name	3. Site Phone Number	
4. Name of Child or Participant		5. Age or Date of Birth	
6. Name of Parent or Guardian		7. Phone Number	
8. Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:			
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:			
10. Indicate Food Texture for Above Child or Participant: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
11. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:			
Foods To Be Omitted:		Suggested Substitutions:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Adaptive Equipment to be Used:			
13. Signature of State Licensed Healthcare Professional*	14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

*For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner. The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant. In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) found online at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 532-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: 202-690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov
This institution is an equal opportunity provider.





INSTRUCTIONS

1. **School or Agency:** Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.
2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served.
3. **Site Phone Number:** Print the phone number of the site where the meal will be served.
4. **Name of Child or Participant:** Print the name of the child or participant to whom the information pertains.
5. **Age of Child or Participant:** Print the age of the child or participant. For infants, please use the date of birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the child or participant's medical statement.
7. **Phone Number:** Print the phone number of parent or guardian.
8. **Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child or participant's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the state healthcare professional.
10. **Indicate Texture:** If the child or participant does not need any modification, check "Regular".
11. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk).
12. **Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).
13. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child or participant with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).
14. **Signature of State Licensed Healthcare Professional:** Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
15. **Printed Name:** Print name of state licensed healthcare professional.
16. **Phone Number:** Phone number of state licensed healthcare professionals.
17. **Date:** Date state licensed healthcare professional signed form.

Citations are from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, and ADA Amendment Act of 2008:

A person with a disability is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory; speech; organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito-urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

Major bodily functions have been added to major life activities and include the functions of the immune system; normal cell growth; and digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions.

"Has a record of such an impairment" means a person has, or has been classified (or misclassified) as having, a history of mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

