

NOMBRE: \_\_\_\_\_

**REACCIÓN ALÉRGICA**  
**PLANEACIÓN DE**  
**EMERGENCIA**

**SÍNTOMAS:** Falta de aliento repentino, resollar, hinchazón de la garganta, Malestar u opresión en el pecho con dificultad respiratoria, ronchas, picazón, piel colorada, el pulso rapido, ansiedad, sensación de un hormiguero por dentro, agitación, náuseas, y posiblemente perdida de conocimiento. Alergias de picaduras puede demostrarse con dolor y picazón en el local de la picada. Cualquier cambio en la respiración debe ser tratado como una emergencia de vida y muerte.

**INTERVENCIONES:**

1. MANDE AL NIÑO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA (SI SE ENCUENTRA EN LA ESCUELA) O A LA OFICINA INMEDIATAMENTE ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONA.
2. Administre algún medicamento recetado. (Si es un Epi-pen o ANA-kit llame al 911)
3. Observe para señas de shock anafiláctico:
  - aumento en la hinchazón, ronchas
  - pérdida del color alrededor de los labios
  - vómito
  - pulso débil
  - falta de aliento
4. Monitorea la respiración y empieza la respiración de emergencia a como es necesario.
5. Llame al 911 y transporte al Hospital \_\_\_\_\_ a como sea necesario.
6. Comuníquese con los padres inmediatamente para recogerlo o más información.
7. Si es picadura, remueve el aguijón y apliqué compresas frescas al área.
8. Mantenga al niño en posición sentado.
9. QUEDESE CON EL NIÑO CONTINUAMENTE.
10. Si no hay síntomas después de 20 minutos, el niño puede regresar a su clase con el permiso del padre.
11. Información adicional:

En orden de asegurar que las necesidades de mi hijo(a) sean alcanzadas, yo entiendo y estoy de acuerdo que la información será compartida con personal de la escuela u otro personal a medida que tengan que saber para proveer el cuidado adecuado. Yo entiendo y estoy de acuerdo que la enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con el medico de mi hijo(a) en cuanto a esta condición.

FIRMA DEL PADRE/APODERADO LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## RECORD DE LA ESCUELA DEL ALERGIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

GRADO/MAESTRO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

PADRE/APODERADO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MEDICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

1. ¿Usa su hijo(a) pulsera de alerta médica? Sí No
2. Alergia a:
3. Describe brevemente que pasa durante las reacciones alérgicas.
4. ¿Ha ido su hijo al medico o a departamento de emergencia a causa de reacciones alérgicas?
5. ¿Requiere su hijo(a) cuidado medico después de una reacción?
6. ¿Qué pasos quiere que tome el personal de la escuela si su hijo(a) tiene una reacción alérgica?
7. ¿Si esta es una alergia a una picadura, qué insecto lo causa? ¿Usa su hijo(a) un Epi-Pen o ANA kit?
8. En el evento que no podemos comunicarnos con usted, por favor enumere una lista de números de teléfono de personas que conoce las alergias de sus hijo(a).

**FAVOR DE NOTAR: Si se debe tomar medicamentos en la escuela, deben tener una etiqueta de receta del doctor, y una autorización medica debe ser llenado por el medico y mantenido en la escuela. Estudiantes NO son permitidos de transportar medicamentos. Pueden obtener formularios médicos de la oficina de la escuela, y son renovados cada año para cada medicamento.**

**FAVOR DE LEER LA ACCION DE EMERGENCIA PARA LAS REACCIONES ALERGICAS EN EL LADO REVERSO, Y AÑADE CUALQUIER INFORMAICON ADICIONAL.**