



FARE
Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

**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.

Special Situation/Circumstance - If this box is checked, the child has an extremely severe allergy to the following food(s) _____.
Even if the child has MILD symptoms after eating (ingesting) this food(s), Give Epinephrine immediately.

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 BODY SYSTEM, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE BODY SYSTEM (E.G. SKIN, GI, ETC.), 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): _____

PATIENT OR PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE



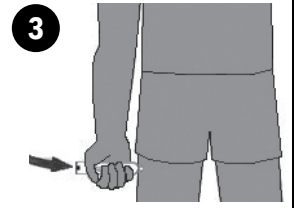
HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

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.



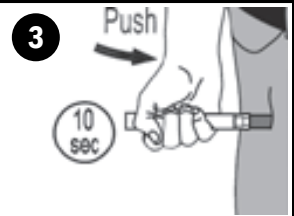
HOW TO USE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION

1. (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN
2. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
3. 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.
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.



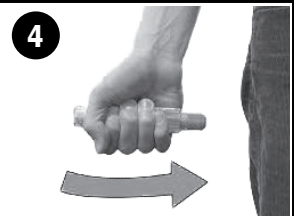
HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENACLICK®), USP AUTO-INJECTOR, AMNEAL PHARMACEUTICALS

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.):

Epinephrine first, then call 911. Monitor the patient and call their emergency contacts right away.

EMERGENCY CONTACTS – CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____



FARE
Food Allergy Research & Education

PLAN DE CUIDADOS DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

COLOQUE LA
FOTOGRAFÍA AQUÍ

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ libras Asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) No

NOTA: No dependa de antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE LA EPINEFRINA.

Situación/circunstancia especial - Si se marca esta casilla, el niño(a) tiene una alergia extremadamente grave a los siguientes alimentos _____.

Incluso si el niño(a) tiene síntomas LEVES después de comer (ingerir) estos alimentos, administre la epinefrina inmediatamente.

Para CUALQUIERA de los siguientes SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES

Dificultad para respirar, sibilancia, tos repetitiva



CORAZÓN

Piel pálida o azulada, debilidad, pulso débil, mareo



GARGANTA

Garganta cerrada o ronca, problemas para respirar o deglutir



BOCA

Inflamación considerable de la lengua o labios



PIEL

Mucha urticaria en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado



DIGESTIVO

Vómito repetitivo, diarrea grave



OTRO

Sensación de que algo malo va a suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN

de los síntomas en diferentes áreas del cuerpo



- 1. INYECTE INMEDIATAMENTE LA EPINEFRINA.**
- 2. Llame al 911.** Informe al despachador que la persona está teniendo una anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando lleguen los respondedores de emergencia.
 - Considere dar medicamentos adicionales después de la epinefrina:
 - » Antihistamínico
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia
 - Acueste a la persona, elévele las piernas y manténgala caliente. Si es difícil respirar o está vomitando, déjela que se siente o se acueste de lado.
 - Si los síntomas no mejoran, o regresan los síntomas, pueden administrarse más dosis de epinefrina alrededor de 5 minutos o más después de la última dosis.
 - Alerta a los contactos de emergencia.
 - Lleve al paciente a la sala de emergencia, incluso si desaparecen los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencia durante al menos 4 horas ya que los síntomas pueden regresar

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Comezón o goteo en la nariz, estornudos



BOCA

Comezón en la boca



PIEL

Un poco de urticaria, comezón leve



DIGESTIVO

Náusea o malestar leve

PARA SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN SISTEMA DEL CUERPO, ADMINISTRE LA EPINEFRINA.

PARA SÍNTOMAS LEVES EN UN SOLO SISTEMA DEL CUERPO (P. EJ., PIEL, TRACTO DIGESTIVO, ETC.), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

1. Pueden darse antihistamínicos, si son recetados por un proveedor de atención médica.
2. Quédense con la persona; alerte a los contactos de emergencia.
3. Vigile de cerca a la persona para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre la epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Epinefrina de marca o genérica: _____

Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamínico de marca o genérico: _____

Dosis del antihistamínico: _____

Otro (p. ej., inhalador-broncodilatador si hay sibilancia): _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

FECHA



FARE
Food Allergy Research & Education

PLAN DE CUIDADOS DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

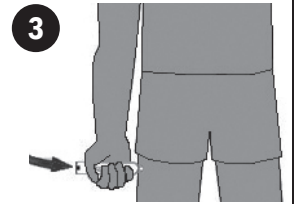
CÓMO USAR LA AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire la Auvi-Q® del estuche exterior. Tire de la guarda de seguridad.
2. Coloque el extremo negro de la Auvi-Q® contra el centro de la parte externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta que escuche un chasquido y un silbido, siga presionando durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



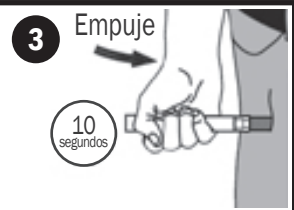
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEFRINA) E INYECCIÓN DE EPINEFRINA (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR MYLAN, MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del portatubo transparente.
2. Agarre el autoinyector con el puño y con la punta anaranjada (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando de él directamente hacia arriba.
3. Inserte el autoinyector firmemente en el centro de la parte exterior del muslo hasta que emita un 'chasquido'. Manténgalo firmemente en su lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



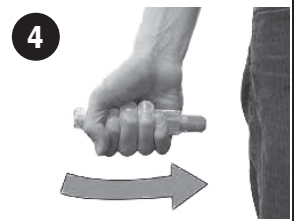
CÓMO USAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALINEX®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina del estuche portátil de protección.
2. Tire de las dos tapas azules; ahora verá una punta roja. Agarre el autoinyector en un puño y con la punta roja apuntando hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra el centro de la parte exterior del muslo a un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Presione fuertemente hacia abajo y manténgalo así contra el muslo durante aproximadamente 10 segundos.
4. Retire y aplique un masaje al área durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR GENÉRICO DE TEVA DE LA EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Rápidamente gire la tapa amarilla o verde del autoinyector en la dirección de la "flecha de giro" para quitarla.
2. Agarre el autoinyector con el puño y con la punta anaranjada (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, tire del seguro azul.
3. Coloque la punta anaranjada contra el centro de la parte exterior del muslo a un ángulo recto al muslo.
4. Inserte el autoinyector firmemente en el centro de la parte exterior del muslo hasta que emita un 'chasquido'. Manténgalo firmemente en su lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR SYMJEPi™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para inyectar, quite la tapa para exponer la aguja. No coloque un dedo en la parte superior del dispositivo.
2. Sostenga la SYMJEPi™ con los dedos únicamente e inserte lentamente la aguja en el muslo. SYMJEPi™ puede inyectarse a través de la ropa de ser necesario.
3. Después de insertar la aguja en el muslo, empuje el émbolo hasta el fondo, hasta que escuche un chasquido y sosténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.
5. Después de administrar la jeringa, use una mano con los dedos detrás de la aguja para deslizar la guarda de seguridad sobre la aguja.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni inyecte a cualquier parte del cuerpo que no sea la parte central exterior del muslo. En caso de una inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si lo administrará a un niño pequeño, inmovilice firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina puede inyectarse a través de la ropa, de ser necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

OTRAS INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN (puede llevar usted mismo la epinefrina, puede autoadministrarse la epinefrina, etc.):

Primero administre la epinefrina, luego llame al 911. Vigile al paciente y llame a sus contactos de emergencia inmediatamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAMAR AL 911

ESCUADRÓN DE RESCATE: _____
MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
PADRE/MADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

San Mateo Union High School District
Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, la medicina que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.

Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicinas o que las tome por sí solo.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre

Nombre del médico/profesional médico _____ Domicilio _____ Teléfono _____
()

En cuanto a las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:

Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicinas en la escuela: Sí _____ No _____

Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a): Sí _____ No _____

Entiendo que las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por el presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

Fecha Firma del padre/de la madre/del tutor legal Teléfono de la casa Teléfono de emergencia

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:

Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s): _____

Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s): _____

Form / Presentación: _____ **Dose & route / Dosis y vía de administración:** _____

If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s): _____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique: _____

How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?: _____

List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s): _____

Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication: Yes (Sí) _____ No (No) _____
Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a):

If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel: Yes _____ No _____ N/A _____
Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

Date: _____ **Signature of Authorized Health Care Provider:** _____

Health Care Provider
Address Stamp (required):

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: _____
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

San Mateo Union High School District
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401
Domicilio/ciudad y estado/código postal

Sara Devaney, Health Services Manager
Persona de contacto en el distrito escolar

650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a: Información completa sobre la salud del estudiante o
 información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

RESTRICCIONES: Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

SUS DERECHOS: Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

APROBACIÓN:

Nombre (escriba, por favor)

Firma

Fecha

Parentesco con el paciente/estudiante

Código de área y número de teléfono