

Plan de Alergia y Anafilaxia

Verificado por la enfermera _____

Estudiante _____ Año escolar _____ Fecha _____		
Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro(a) _____		
Contactos de Emergencia		
Nombre _____	Tel. _____	Relación _____
Nombre _____	Tel. _____	Relación _____

Alergia a: _____

Describe los signos o síntomas conocidos de alguna reacción alérgica previa:

La alergia es (marque todo lo que corresponda)

- Contacto
- Aérea
- Ingestión

Asma:

- Sí (mayor riesgo de reacción grave)
- No

Si mi estudiante tiene una reacción leve y si estudiante ingiriera _____ por favor llamar a los padres. **En este momento, no se proporcionará medicamento para la escuela. Entiendo que si la reacción parece poner en peligro la vida de mi hijo(a), se llamará primero al 911.**

<p>Para cualquier síntoma LEVE de un SOLO SISTEMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nariz: picor/secreción nasal, estornudos • Boca: picor en la boca • Piel: algunas ronchas, picor leve • Estómago: Náuseas/malestar leve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se puede administrar un antihistamínico, si es recetado por el proveedor. 2. Stay with the person and monitor for changes. Permanecer con la persona y monitorear los cambios. 3. Si los síntomas empeoran o afectan más de una área del cuerpo, administrar epinefrina si está disponible y llamar al 911. 4. Informar a los contactos de emergencia.
---	---

<p>Para cualquier SÍNTOMA GRAVE después de la ingestión sospechada o conocida: (uno o más de los siguientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulmones: falta de aire, sibilancias, tos repetitiva • Corazón: palidez, cianosis, desmayo, pulso débil, mareos. • Garganta: sensación de opresión, ronquera, dificultad para respirar/tragar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar epinefrina inmediatamente 2. Llamar al 911 3. Considerar administrar medicamentos adicionales: <ol style="list-style-type: none"> a. Antihistamínico b. Inhalador (si hay sibilancias) 4. Colocar a la persona boca arriba con las piernas elevadas.
---	---

- Boca: hinchazón significativa de la lengua y/o los labios.
- Piel: muchas ronchas en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado.
- Estómago: vómitos repetitivos, diarrea severa.
- Otros: sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión.

5. If symptoms don't improve or worsen after 5 minutes, give a second dose of epinephrine if available. Si los síntomas no mejoran o empeoran después de 5 minutos, administrar una segunda dosis de epinefrina si está disponible.
6. Informar a los contactos de emergencia.

Medicamentos/Dosis a administrar en la escuela (completar por parte del Proveedor) (To Be Completed By Provider)

Marca de Epinefrina (Etiqueta de la receta adjunta): _____

Dosis de Epinefrina (inyectar vía intramuscular): 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Fecha de vencimiento: _____

Marca o genérico de antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____ Vía: _____ Fecha de vencimiento _____

Rec: _____

Otros (por ejemplo, inhalador): _____ Dosis: _____ vía: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comentarios: _____

Todos los medicamentos administrados por el personal del AAD solo están disponibles para los estudiantes durante el horario escolar (7:30 a.m. - 4:00 p.m.), no deben estar vencidos y deben estar en una caja/frasco de farmacia debidamente etiquetado. Solicite a su farmacia cualquier etiqueta o recipiente adicional necesario.

Consentimiento de los padres para el manejo de la condición de salud en la escuela.

Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, solicito que este plan de acción se utilice para guiar la atención de mi hijo(a) en caso de una emergencia médica. Acepto:

- Proporcionar los suministros y equipos necesarios.
- Informar al personal de la escuela o al enfermero(a) del distrito escolar de cualquier cambio en el estado de salud de mi estudiante.
- Informar al personal de la escuela y completar un nuevo consentimiento para los cambios en las órdenes del proveedor de atención médica de mi estudiante.
- Autorizar al enfermero(a) de la escuela a comunicarse con el médico de atención primaria o especialista de mi hijo(a) en relación con la salud del mismo según sea necesario.
- School staff interacting directly with my child may be informed about this health care plan. Se puede informar al personal de la escuela que interactúe directamente con mi hijo(a) sobre este plan de acción médica.
- Presentar nuevos formularios anualmente si la condición de salud aun existe o informar a la escuela que la condición ya no existe.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____



Información /Consentimiento del Proveedor (El Proveedor solo necesita firmar si el estudiante tiene medicamentos que se administren en la escuela).(Provider only needs to sign if student has prescription medication to be given at school.)

Nombre impreso el Proveedior _____ Nombre de la Clínica _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax _____

Dirección _____

Firma del Proveedor _____ Fecha _____

Acepto permitir que mi hijo(a) transporte el paquete de medicamentos (lleno o vacío) hacia y desde la escuela con el fin de mantener los medicamentos necesarios para su administración y llevarlos a casa a final del año escolar. Los estudiantes no pueden transportar sustancias controladas. Sí No

**Nota para el proveedor de atención médica: Este documento sirve como órdenes de medicamentos y tratamiento.*Note to Health Care Provider-This document serves as medication and treatment orders.*