

	<p align="center">Autorización para administración de medicamentos de emergencia</p> <p align="center">Autoinyector de epinefrina para reacciones alérgicas severas.</p> <p align="center">Número de teléfono del Centro de salud CSA 864-577-7789 Fax 864-577-7629</p>	<p align="center">C</p>
---	---	--------------------------------

* _____
Nombre del niño

* _____
Fecha de nacimiento

<p>¿Su hijo es alérgico a alimentos, medicamentos u otros productos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias).</p>
--

Medicamentos de emergencia SCSDB: La inyección EpiPen se aplica para tratar reacciones alérgicas graves (anafilaxis) causadas por mordeduras y picaduras de insectos, alimentos, medicamentos y otros alérgenos.

Hora en que se debe administrar: *Según sea necesario en una situación de emergencia*

<p>Cantidad de medicación por administrar:</p> <p>EpiPen® = una dosis de 0.30 mg de epinefrina [pacientes que pesan 30 kg o más (aproximadamente 66 libras o más)].</p> <p>EpiPen JR una dosis de 0.15 mg de epinefrina [pacientes que pesan entre 15 y 30 kg (entre 33 y 66 libras)]</p>	<p>Efectos adversos menos graves: Los efectos adversos de EpiPen comprenden: sudoración, náuseas y vómitos, palidez, sensación de dificultad para respirar, mareos, debilidad y temblores, dolor de cabeza, sensación de ansiedad o nerviosismo.</p>	<p>Efectos adversos graves: Aumento de la dificultad para respirar o presión arterial peligrosamente alta, dolor de cabeza intenso, visión borrosa, zumbidos en los oídos, ansiedad, confusión, dolor en el pecho, latidos irregulares, convulsiones.</p>
---	---	--

Autorizo que se administre el medicamento de emergencia señalado anteriormente a mi hijo durante el día escolar si resulta necesario. Comprendo que la escuela requiera que acepte las normas del distrito escolar respecto de los medicamentos antes de que este se proporcione a la escuela. Eximiré de toda responsabilidad a la escuela, al distrito escolar o al personal de la escuela en caso de que mi hijo presente reacciones adversas cuando el medicamento se administre según las instrucciones de la etiqueta o el prospecto. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela en caso de que se modifiquen los medicamentos de mi hijo o de que su estado de salud cambie.

* _____
Firma del padre/madre/tutor

* _____
Fecha

* _____
Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta

* _____
Número de teléfono

***Se deben completar todos los campos con asteriscos.**