



2024-2025 Año escolar

Estimado padre / tutor,

Mantener a los estudiantes sanos y a salvo sigue siendo la meta del Departamento de Enfermeras del Distrito Escolar de San Mateo-Foster City.

Una de nuestras prioridades es apoyar a los estudiantes que han sido diagnosticados con alergias, y apreciamos su ayuda en ese ámbito. Gracias por tomar un momento para revisar las formas adjuntas.

Durante el verano, por favor pida al equipo médico de su estudiante que complete estas formas, y asegúrese de entregar estas formas a la escuela para el 9 de agosto del 2024.

Gracias por su apoyo, por favor no dude en comunicarse con nosotros si tiene preguntas.

Esperamos trabajar con ustedes este nuevo año escolar.

Sincerely,

The SM-FC Nursing Department

Student Services
1170 Chess Drive
Foster City, CA 94404
Tel: 650-350-3047
Fax: 650-655-3394

**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

↓ ↓ ↓

- INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
- 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

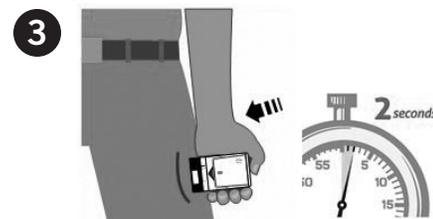
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

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

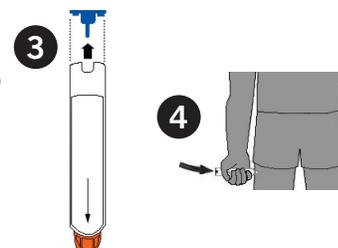
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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



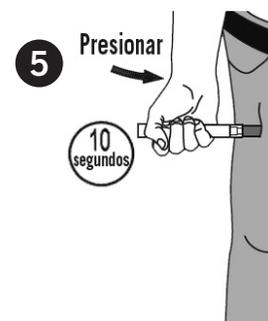
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

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.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. 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.
2. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
3. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo.
4. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
5. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos.
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



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: _____



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro _____ Grado: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA): _____

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIFICACIÓN: _____ Hora: _____ Vía de Administración: _____

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE _____

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: _____

Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presenta durante la administración del medicamento.

FECHA: _____ DOCTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: _____

Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: _____



AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La sección 49423 del Código Educativo de California permite que la enfermera de la escuela u otro miembro designado del personal escolar ayude a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, siempre y cuando se otorgue la autorización apropiada.

“Medicamento” incluye medicamento recetado, medicamento sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopático / a base de hierbas. Los padres son responsables por entregar todos los medicamentos y materiales y equipo necesarios para administrar el medicamento. Ningún medicamento, incluyendo aquellos sin receta, será administrado sin una receta médica. La receta debe estar al día y el medicamento debe entregarse en su envase original o en el envase con la etiqueta de la farmacia (pida al farmacéutico que divida el medicamento en dos envases completamente etiquetados: una para la casa y uno para la escuela). El medicamento debe haber sido recetado al estudiante que lo va a tomar y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre de medicamento y las instrucciones para su uso.

Por medio de la presente autorizo y pido que el personal escolar asignado ayude a mi niño a tomar el medicamento recetado por un médico, (incluyendo medicinas que se obtienen sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopáticos / a base de hierbas) según lo recetado por el proveedor de salud del niño. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad al Distrito y sus empleados y contratistas de cualquier reclamo y demanda, causas de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo a causa u originada por actos u omisiones con respecto a este medicamento y estoy de acuerdo a indemnizar a cada uno de ellos en cuanto a cualquier veredicto o reclamo hecho en contra de ellos a resultado de este acuerdo de administración de medicamentos. Yo entiendo que mi niño no puede tener o tomar medicina en la escuela a menos que se cumpla con todos los requisitos. Doy consentimiento a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo y aconsejar al personal de la escuela según se necesite en cuanto a este medicamento.

Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta) M/F
SEXO _____
Fecha de Nacimiento

He leído y entiendo la autorización y liberación. Yo notificaré a la escuela inmediatamente si hay cualquier cambio en el medicamento que mi niño está tomando en la escuela. Yo entiendo que esta autorización es vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una autorización nueva al principio de cada año escolar o si ocurren cambios en la receta.

Firma del Padre o Tutor

Fecha