



Health Services

845 Crinella Drive, Petaluma, CA 94954-4450

(707) 765-4321 (707) 765-4343 Fax

Dear Parent or Guardian,

Welcome to the Old Adobe Union School District!

To prepare your child to enter school for the first time, there are several health assessments that need to be completed and submitted at registration. The TK and Kindergarten Registration Packet includes the following health forms to be completed:

- ☐ Immunization record
- ☐ Student Health History Form
- ☐ Report of Health Examination for School Entry or Waiver
- ☐ Oral Health Assessment Form

Proof of **completed** immunizations must be provided before the first day of school showing **all requirements have been met**. To help you determine if your child's immunizations are complete, see the attached guide from the California Department of Public Health. TK students are subject to the same immunization requirements as kindergarten students. Both TK and kindergarten students must provide documentation of immunizations that are complete or provide a valid medical exemption prior to admission on the first day of school. California schools are required to check immunization records for all new student admissions and determine whether the child can be admitted.

Also included in this packet is information about where to go to get health examinations and vaccinations for children at no cost.

Should your child require medication at school, please complete an Authorization to Administer Medication Form for EACH medication, including over the counter medication. The authorization must be complete and signed by a physician and a parent/guardian. Please be sure the medication is brought on the first day of school, it is not expired, and is in its original container with the pharmacy label applied.

Thank you for providing what we need to keep your child healthy and happy at school. Please feel free to contact the school nurse at 707-975-2418 with any questions or concerns.

Laura Childress
District School Nurse



UNION SCHOOL DISTRICT

845 Crinella Drive, Petaluma, CA 94954-4450

(707) 765-4321 (707) 765-4343 Fax

Servicios de Salud

Estimado Padre o Tutor,

¡Bienvenido al Distrito Escolar Old Adobe Union!

Para preparar a su hijo para ingresar a la escuela por primera vez, hay varias evaluaciones de salud que deben completarse y presentarse en el momento de la inscripción. El paquete de inscripción para TK y Kindergarten incluye los siguientes formularios de salud que deben completarse:

- ☐ Registro de vacunación
- ☐ Formulario de Historial de Salud del Estudiante
- ☐ Informe de Examen de Salud para Ingreso a la Escuela o Exención
- ☐ Formulario de Evaluación de salud Bucal

Prueba de vacunas **completadas** deben proporcionarse antes del primer día de clases mostrando que **todos los requisitos han sido cumplidos**. Para ayudarlo a determinar si las vacunas de su hijo están completas, consulte la guía adjunta del Departamento de Salud Pública de California. Los estudiantes de TK están sujetos a los mismos requisitos de vacunación que los estudiantes de kindergarten. Tanto los estudiantes de TK como de kindergarten deben proporcionar documentación de vacunas completas o proporcionar una exención médica válida antes de la admisión el primer día de clases. Las escuelas de California deben verificar los registros de vacunación de todas las admisiones de nuevos estudiantes y determinar si el niño puede ser admitido.

También se incluye en este paquete información sobre dónde acudir para obtener exámenes de salud y vacunas para niños sin costo alguno.

Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, complete un formulario de Autorización para administrar medicamentos para CADA medicamento, incluidos los medicamentos de venta libre. La autorización debe estar completa y firmada por un médico y un padre/tutor. Asegúrese de traer el medicamento el primer día de clases, que no esté vencido y que esté en su envase original con la etiqueta de la farmacia aplicada.

Gracias por brindarnos lo que necesitamos para mantener a su hijo sano y feliz en la escuela. No dude en comunicarse con la enfermera de la escuela al 707-975-2418 si tiene alguna pregunta o inquietud.

Laura Childress
Enfermera de la Escuela del Distrito

OLD ADOBE UNION SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH HISTORY

STUDENT _____ DATE OF BIRTH _____
SCHOOL YEAR _____ GRADE _____
SCHOOL _____ TEACHER _____

CHECK ALL THAT APPLY:

- ☐ **SEIZURE DISORDER** List medication: _____
Provide Emergency Medications, Emergency Seizure Action Plan, District's Authorization to Administer Medication form
- ☐ **DIABETES** *Provide Doctor's orders, medical supplies, District's Authorization to Administer Medication form*
- ☐ **ASTHMA** *Provide Inhaler in original pharmacy labeled box and District's Authorization to Administer Medication form*
- ☐ **ALLERGY - SEASONAL**
- ☐ **ALLERGY - FOOD** List food: _____
MEDICATION PRESCRIBED? ☐ YES ☐ NO
Benadryl ☐ YES ☐ NO EpiPen ☐ YES ☐ NO Other: _____
Provide Emergency Medications, District's Authorization to Administer Medication form and the F.A.R.E. form
- ☐ **ALLERGY - BEE STING** MEDICATION PRESCRIBED? ☐ YES ☐ NO
Benadryl ☐ YES ☐ NO EpiPen ☐ YES ☐ NO Other: _____
Provide Emergency Medications, District's Authorization to Administer Medication form
- ☐ **ALLERGY - DRUG** List medication: _____
- ☐ **ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)**
List medication: _____
- ☐ **ANXIETY DISORDER** List medication: _____
- ☐ **OTHER MENTAL HEALTH** _____
List medication: _____
- ☐ **VISION IMPAIRMENT** GLASSES PRESCRIBED ☐ YES ☐ NO
FAILED COLOR VISION DEFICIENCY TEST ☐ YES ☐ NO
- ☐ **HEARING IMPAIRMENT** LEFT SIDED ☐ RIGHT SIDED ☐ BOTH ☐
HEARING AID PRESCRIBED ☐ YES ☐ NO
- ☐ **OTHER** _____
- ☐ **NONE OF THE ABOVE**

PARENT/GUARDIAN NAME _____ PHONE # _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____

NOTE: The Health History form is due at registration but other forms listed above and medications are due in the school office by the Friday before school starts.

DISTRITO ESCOLAR OLD ADOBE UNIÓN
HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ALUMNO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
AÑO ESCOLAR _____ GRADO _____
ESCUELA _____ MAESTRO _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

- ☐ **TRASTORNO DE CONVULSIONES** Lista de medicamentos: _____
Proporcionar medicamentos de Emergencia, Plan de Acción de Emergencia para Convulsiones, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos
- ☐ **DIABETES** *Proporcionar órdenes del médico, suministros médicos, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos*
- ☐ **ASMA** *Proporcione el inhalador en la caja original con la etiqueta de la farmacia y Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos*
- ☐ **ALERGIA - ESTACIONAL**
- ☐ **ALERGIA - ALIMENTOS** Lista de alimentos: _____
- ☐ **¿MEDICACIÓN RECETADA?** ☒ SÍ ☒ NO
Benadryl ☒ SÍ ☒ NO EpiPen ☒ SÍ ☒ NO Otro: _____
Proporcionar Medicamentos de Emergencia, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos, y Formulario F.A.R.E.
- ☐ **ALERGIA - PICACIÓN DE ABEJA** ¿MEDICACIÓN RECETADA? ☒ SÍ ☒ NO
Benadryl ☒ SÍ ☒ NO EpiPen ☒ SÍ ☒ NO Otro: _____
Proporcionar Medicamentos de Emergencia, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos.
- ☐ **ALERGIA - DROGA** Lista de medicamentos: _____
- ☐ **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**
Lista de medicamentos: _____
- ☐ **DETERIORO DE LA VISIÓN** GAFAS RECETADAS ☒ SI ☒ NO
PRUEBA DE DEFICIENCIA DE VISIÓN DE COLOR FALLIDA ☒ SÍ ☒ NO
- ☐ **DISCAPACIDAD AUDITIVA** LADO IZQUIERDO ☒ LADO DERECHO ☒ AMBOS ☒
AUDÍFONOS RECETADOS ☒ SI ☒ NO
- ☐ **OTROS** _____
- ☐ **NINGUNO DE LOS ANTERIORES**

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ TELÉFONO # _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

NOTA: El formulario de Historial de salud debe entregarse en el momento de la inscripción, pero otros formularios enumerados anteriormente y los medicamentos deben entregarse en la oficina de la escuela el viernes antes de que comiencen las clases.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last

First

Middle

BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street

City

ZIP code

SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (Hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record. Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DTP/DTP/dT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you do not want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entégalo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle		Ciudad	Escuela
		Zona Postal	

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ternos]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros prescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Virus de la varicela)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernan las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- ☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

*de ser indicado

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño/niña tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PHM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhs.ca.gov/serviceshdp

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY										
Address:			Apt.:										
City:		ZIP Code: 											
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y										
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female										
Child's Race/Ethnicity:	<table><tr><td>☐ White</td><td>☐ Native American</td></tr><tr><td>☐ Black/African American</td><td>☐ Multi-racial</td></tr><tr><td>☐ Hispanic/Latino</td><td>☐ Native Hawaiian/Pacific Islander</td></tr><tr><td>☐ Asian</td><td>☐ Unknown</td></tr><tr><td>☐ Other (please specify)</td><td></td></tr></table>			☐ White	☐ Native American	☐ Black/African American	☐ Multi-racial	☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander	☐ Asian	☐ Unknown	☐ Other (please specify)	
☐ White	☐ Native American												
☐ Black/African American	☐ Multi-racial												
☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander												
☐ Asian	☐ Unknown												
☐ Other (please specify)													

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: MM - DD - YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐ Yes ☐ No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No
Treatment Urgency:		
☐ No obvious problem found	☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)	☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
Licensed Dental Professional Signature	CA License Number	Date MM - DD - YYYY

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on: - -

A follow-up appointment for this child has been scheduled for: - -

Did child receive needed treatment?

☐ **Yes**

☐ **No** (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent)

☐ **I don't know**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Nativo de Hawai/Islands del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> ☐ Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i> Fecha <i>Date]</i>			

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

- ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

- ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela *antes* del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

**OLD ADOBE UNION SCHOOL DISTRICT
AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION FORM**

rev 3/11/24

Student's Name _____ Date of Birth _____

School _____ School year _____ Grade/Teacher _____

The California Education Code 49423 provides for any pupil who is required to take, during a regular school day, medication that is prescribed for him/her by a physician, and may be assisted by the school nurse or designated school personnel if the school district has received the following:

1. A written statement from the physician detailing the method, amount and time schedule the medication is to be taken, purpose of the medication, signed by the physician.
2. A written statement from the parent or guardian of the student indicating the desire that the school district assist the student in the matter set forth in the physician's statement, signed by the parent or guardian.

To be completed by PHYSICIAN for both prescription and over the counter medications:

Medication: _____ Reason for Medication: _____

Route: _____ Dosage: _____

Time: ☐ As needed every _____ hrs ☐ Before breakfast ☐ Before lunch ☐ Before bedtime ☐ Scheduled @ _____ o'clock
☐ After breakfast ☐ After lunch ☐ After bedtime

Please mark if applicable:

- | | | |
|----------------------|---|---|
| A. Inhaler | ☐ Keep in office | ☐ Student may carry with him/her and self-administer |
| B. EpiPen | ☐ Keep in office | ☐ Student may carry with him/her and self-administer |
| C. Diabetic Supplies | ☐ Keep in office | ☐ Student may carry with him/her and self-administer |

Possible side effects: _____ Physician's **STAMP**: _____

Physician's License No: _____

Physician's Printed Name _____

Physician's Phone Number _____ Expiration of order: _____

Physician's Signature _____ Date: _____

Please Note:

- All medication must be provided in the original container and appropriately labeled by the pharmacist
- School Nurse and prescribing provider may communicate to clarify matters related to this medication
- **New orders are required annually and for any changes in medication regimen**

To be completed by the PARENT/GUARDIAN:

I hereby give permission for the designated school personnel to administer the above medication to my child.
I authorize my child to self-administer the medication described above in A,B or C and release civil liability if student suffers an adverse reaction.

Parent Printed Name _____ Phone: _____

Parent's Signature _____ Date: _____

FOR USE OF THE SCHOOL DO NOT WRITE IN BOX BELOW

Date form rec'd by school office _____ Date medication was rec'd _____ Expiration of med _____

For CONTROLLED SUBSTANCES count number of pills in the presence of parent/guardian Number of pills rec'd _____

Name of employee verifying count _____ Signature _____ Date _____

Name of parent/guardian verifying count _____ Signature _____ Date _____

DISTRITO ESCOLAR UNIDO OLD ADOBE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Año escolar _____ Grado/Maestro _____

El Código de Educación de California 49423 establece que cualquier alumno que deba tomar, durante un día escolar regular, medicamentos que le hayan sido recetados por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela o el personal escolar designado si el distrito escolar ha recibido lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico que detalla el método, la cantidad y el horario en que se debe tomar el medicamento, objetivo del medicamento, firmada por el médico.
2. Una declaración escrita del padre o tutor del estudiante indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en el asunto establecido en la declaración del médico, firmada por el padre o tutor.

Para ser completado por un proveedor autorizado para medicamentos recetados y sin receta:

Medicación: _____ Razón de la medicación: _____

Vía: _____ Dosis: _____

Hora: ☐ Según sea necesario cada _____ hrs ☐ Antes del desayuno ☐ Antes del almuerzo ☐ Antes de acostarse
☐ programado a las _____ en punto ☐ Después del desayuno ☐ Después del almuerzo ☐ Después de acostarse

Por favor marque si corresponde:

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| A. Inhalador | ☐ Mantenerse en la oficina | ☐ El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |
| B. EpiPen | ☐ Mantenerse en la oficina | ☐ El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |
| C. Suministros para diabéticos | ☐ Mantenerse en la oficina | ☐ El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |

Posibles efectos secundarios: _____ ESTAMPILLA del médico: _____

Número de licencia del médico: _____

Nombre Impreso del médico _____

Número de teléfono del médico _____ Vencimiento del pedido: _____

Firma del médico _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta:

- Todos los medicamentos deben entregarse en el envase original y debidamente etiquetados por el farmacéutico.
- La enfermera escolar y el proveedor que prescribe pueden comunicarse para aclarar asuntos relacionados con este medicamento.
- Se requieren nuevos pedidos anualmente y para cualquier cambio en el régimen de medicación.

Para ser completado por el padre o tutor:

Por la presente doy permiso para que el personal escolar designado administre el medicamento anterior a mi hijo.

Autorizo a mi hijo a autoadministrarse el medicamento descrito arriba en A, B o C y libero de responsabilidad civil si estudiante sufre una reacción adversa.

Nombre del padre en letra de molde _____ Teléfono: _____

Firma de los padres _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA ESCUELA NO ESCRIBA EN EL CUADRO DE ABAJO

Fecha en que la oficina de la escuela recibió el formulario _____ Fecha en que se recibió el medicamento _____

Vencimiento del medicamento _____

Para SUSTANCIAS CONTROLADAS, cuente la cantidad de píldoras en presencia del padre/tutor Cantidad de píldoras recibidas _____

Nombre del empleado, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____

**FARE**

Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergic to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: ☐ Yes (higher risk for a severe reaction) ☐ No**PLACE
PICTURE
HERE****NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.****Extremely reactive to the following allergens:** _____**THEREFORE:**

- ☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.
- ☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

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.**

- ADMINISTER EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
- 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
SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.****FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM
AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:**

- Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
- Stay with the person; alert emergency contacts.
- Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: ☐ 0.1 mg IM (intramuscular) ☐ 0.15 mg IM
☐ 0.3 mg IM ☐ 2mg IN (intranasal)

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

☐ Patient may self-carry ☐ Patient may self-administer

PATIENT OR PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE

PHYSICIAN/HCP AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE

FORM PROVIDED COURTESY OF FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 9/2021

**FARE**

Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN**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 (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, VIATRIS AUTO-INJECTOR, VIATRIS**

1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. 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.
3. 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).
4. 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 ADRENALINE®), 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.

**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.

HOW TO USE NEFFY® (EPINEPHRINE NASAL SPRAY)

1. Remove neffy from packaging. Pull open the packaging to remove the neffy nasal spray device.
2. Hold device as shown. Hold the device with your thumb on the bottom of the plunger and a finger on either side of the nozzle. Do not pull or push on the plunger. Do not test or prime (pre-spray). Each device has only 1 spray.
3. Insert the nozzle into a nostril until your fingers touch your nose. Keep the nozzle straight into the nose pointed toward your forehead. Do not point (angle) the nozzle to the nasal septum (wall between your 2 nostrils) or outer wall of the nose.
4. Press plunger up firmly until it snaps up and sprays liquid into the nostril. Do not sniff during or after the dose is given. If any liquid drips out of the nose, you may need to give a second dose of neffy after checking for symptoms.
5. If symptoms don't improve or worsen within 5 minutes of initial dose, administer a second dose into the same nostril with a new neffy device.



Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

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 ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ lb Asma: ☐ Sí (mayor riesgo de una reacción grave) ☐ No**COLOCAR FOTO AQUÍ****NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.****Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos:** _____**POR LO TANTO:**

- ☐ Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si es PROBABLE que haya habido contacto con el alérgeno, ante la presencia de CUALQUIER síntoma.
- ☐ Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si hubo INDUDABLEMENTE contacto con el alérgeno, incluso si no hay síntomas aparentes.

PARA CUALQUIERA LOS SIGUIENTES:**SÍNTOMAS GRAVES****PULMONES**

Falta de aire, sibilancias, tos recurrente

**CORAZÓN**

Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos

**GARGANTA**

Garganta tensa o ronca, problemas para respirar o tragar

**BOCA**

Hinchazón significativa de la lengua o los labios

**PIEL**

Urticaria extendida en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado

**INTESTINO**

Vómitos recurrentes, diarrea grave

**OTROS**

Sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.

- ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
- Llame al 911.** Informe al operador de emergencias que la persona está sufriendo una reacción anafiláctica y podría necesitar epinefrina cuando llegue el servicio de emergencias.
- Considere la administración de medicamentos adicionales después de la epinefrina:
 - Antihistamínico.
 - Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancias.
- Acueste a la persona en posición horizontal, levántele las piernas y manténgala abrigada. Si respira con dificultad o comienza a vomitar, permítale sentarse o recostarse de lado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, se pueden administrar más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
- Avisé a los contactos de emergencia.
- Traslade al paciente a la sala de emergencias, incluso si se resuelven los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencias al menos 4 horas, ya que los síntomas podrían volver a aparecer.

SÍNTOMAS LEVES**NARIZ**

Picazón o goteo nasal, estornudos

**BOCA**

Picazón en la boca

**PIEL**

Un poco de urticaria, picazón leve

**INTESTINO**

Náuseas leves o molestias

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.**PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN UNA SOLA ÁREA DEL CUERPO, SIGA ESTAS INDICACIONES:**

- Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
- Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe de cerca los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca o versión genérica de la epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: ☐ 0.1 mg IM (intramuscular) ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM ☐ 2 mg IN (intranasal)

Marca o versión genérica del antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): _____

- ☐ El paciente puede llevar consigo el medicamento
- ☐ El paciente puede autoadministrarse el medicamento



PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

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

1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transportador transparente.
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando hacia arriba.
3. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALINE®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina de su funda protectora transportadora.
2. Retire los dos capuchones azules: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector en el puño con la punta roja hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Manténgalo presionado firmemente contra el muslo por aproximadamente 10 segundos.
4. Retírelo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



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

1. Retire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector girándola en la dirección de la "flecha de giro".
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo en ángulo recto con el muslo.
4. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



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 lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se administra a un niño pequeño, sujételo firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina se puede inyectar a través de la ropa si es necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

CÓMO USAR NEFFY® (ESPRAY NASAL DE EPINEFRINA)

1. Retire el dispositivo neffy del envase. Abra el envase para quitar el dispositivo de spray nasal neffy.
2. Sostenga el dispositivo como se muestra. Sostenga el dispositivo con el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No tire ni presione el émbolo. No lo pruebe ni lo prepare (no pulverice previamente). Cada dispositivo tiene solo 1 spray.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que los dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta en la nariz apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (pared entre sus 2 fosas nasales) o la pared externa de la nariz.
4. Presione firmemente el émbolo hacia arriba hasta que encaje y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale durante o después de la administración de la dosis. Si gotea líquido por la nariz, es posible que tenga que administrar una segunda dosis de neffy después de comprobar los síntomas.
5. Si los síntomas no mejoran o empeoran dentro de los 5 minutos de la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal con un nuevo dispositivo neffy.



Atienda a la persona antes de comunicarse con los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA — LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE:
MÉDICO: TELÉFONO:

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

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



REQUIRED IMMUNIZATIONS FOR SCHOOL ENTRY

Please bring your child's immunization records with you at the time of registration. You may view and print a digital copy of your child's California vaccine record at: [MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov](https://myvaccinerecord.cdph.ca.gov)

Students Entering Transitional Kindergarten or Kindergarten Need Records of:

- ☐ **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap or Td) — 5 doses**
4 doses OK if one was given on or after 4th birthday;
3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- ☐ **Polio (IPV or OPV) — 4 doses**
3 doses OK if one was given on or after 4th birthday. Oral polio vaccine (OPV) doses given on or after April 1, 2016, do not count.
- ☐ **Hepatitis B — 3 doses**
- ☐ **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
Both doses must be given on or after 1st birthday.
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

New and Transfer Students Entering TK/K-12th Grade Need Records of:

- ☐ **All immunizations listed above**
For 7th-12th graders: at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday. Hepatitis B vaccine is required for any grade, except for entry into 7th grade.

Students Starting 7th Grade Need Records of:

- ☐ **Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap) — 1 dose**
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

What other immunizations should I ask my health care provider about?

When you visit your health care provider for back-to-school immunizations, make sure to also ask about other vaccines that help keep your child healthy, including **hepatitis A, COVID-19, and the annual flu vaccine**. Preteens and teens should also get the **human papillomavirus (HPV) vaccine** to protect against certain cancers and **meningococcal vaccines**.

Learn more about vaccines your child needs according to their age (bit.ly/CDCVaccinesByAge) **and where you can get your child immunized** (bit.ly/Where2BVaxed).

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA



Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7^a a 12^a grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7^a grado.

Los alumnos que ingresan al 7^o grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

☐ **Varicela —2 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y la vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad (<https://bit.ly/VacunasPorEdad>) y dónde puede vacunar a su hijo (<https://bit.ly/wheretogoCA>). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

SEIZURE ACTION PLAN (SAP)

**END EPILEPSY**

Name: _____ Birth Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Emergency Contact/Relationship: _____ Phone: _____

Seizure Information

Seizure Type	How Long It Lasts	How Often	What Happens

How to respond to a seizure (check all that apply) ☒

- ☐ First aid – **Stay. Safe. Side.**
- ☐ Give rescue therapy according to SAP
- ☐ Notify emergency contact
- ☐ Notify emergency contact at _____
- ☐ Call 911 for transport to _____
- ☐ Other _____

First aid for any seizure

- ☐ **STAY** calm, keep calm, **begin timing seizure**
- ☐ Keep me **SAFE** – remove harmful objects, don't restrain, protect head
- ☐ **SIDE** – turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- ☐ **STAY** until recovered from seizure
- ☐ Swipe magnet for VNS
- ☐ Write down what happens _____
- ☐ Other _____

When to call 911

- ☐ Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, not responding to rescue med if available
- ☐ Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue med if available
- ☐ Difficulty breathing after seizure
- ☐ Serious injury occurs or suspected, seizure in water

When to call your provider first

- ☐ Change in seizure type, number or pattern
- ☐ Person does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- ☐ First time seizure that stops on its' own
- ☐ Other medical problems or pregnancy need to be checked

When rescue therapy may be needed:

WHEN AND WHAT TO DO

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

Care after seizure

What type of help is needed? (describe) _____

When is person able to resume usual activity? _____

Special instructions

First Responders: _____

Emergency Department: _____

Daily seizure medicine

Medicine Name	Total Daily Amount	Amount of Tab/Liquid	How Taken (time of each dose and how much)

Other information

Triggers: _____

Important Medical History _____

Allergies _____

Epilepsy Surgery (type, date, side effects) _____

Device: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Date Implanted _____

Diet Therapy ☐ Ketogenic ☐ Low Glycemic ☐ Modified Atkins ☐ Other (describe) _____

Special Instructions: _____

Health care contacts

Epilepsy Provider: _____ Phone: _____

Primary Care: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Pharmacy: _____ Phone: _____

My signature _____ Date _____

Provider signature _____ Date _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.
Revised 01/2020 1301RP/PA/0216



END EPILEPSY

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen) ☐

- ☐ Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- ☐ Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____
- ☐ Llamar al 911 para transporte a: _____
- ☐ Otras Notas: _____



Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- ☐ **PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- ☐ Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- ☐ Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- ☐ **PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- ☐ Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- ☐ Anote que pasa _____
- ☐ Otras notas _____

Cuándo llamar al 911

- ☐ Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- ☐ Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo llamar primero a su médico

- ☐ Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- ☐ La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- ☐ Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- ☐ Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión



Cuando un medicamento de rescate sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: ☐ Estimulación del nervio vago (VNS) ☐ Neuroestimulación Sensible (RNS)

☐ Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante: _____

Terapia Dietética: ☐ Dieta Cetogénica ☐ Dieta de Bajo Índice Glucémico ☐ Dieta Atkins (baja en carbohidratos)

☐ Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha: _____

Firma de mi médico: _____ Fecha: _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.
Revised 01/2020 (Epilepsy.com)

