Plan de Acción de Alergia Severa

Nombre del estudiante: _____**Fecha de nacimiento:** _____**Grado:** _____

ALERGIA A: _____

ASMA: Sí / No (Mayor riesgo de reacción severa)

PASO 1: TRATAMIENTO

	SINTOMAS:		**DAR MEDICAMENTOS MARCADOS** **(determinado por el médico que ha autorizado el tratamiento)
□	Boca	Picazón, hormigueo, o hinchazón de los labios, lengua, boca	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Piel	Urticaria, sarpullido con picazón, hinchazón de la cara o extremidades	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Estomago	Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Garganta†	Aprieto de la garganta, ronquera, tos seca	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Pulmones†	Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancia	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Corazón†	Pulso lento, presión baja, desmayo, pálido, cianosis	☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
□	Otro†_____		☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico

□ Si la reacción esta progresando (varias de las áreas mencionada anteriormente están afectadas), administre: ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico

†***Riesgo potencial de vida o muerte. La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente.***

ORDENES DEL MÉDICO: El estudiante pude llevar consigo: ☐

Medicamento	Dosis/Ruta	Tiempo(s)	Indicación de uso
Epinefrina			
Antihistamínico			
Otro			

IMPORTANTE: No se puede depender de los inhaladores de asma y/o antihistamínicos para reemplazar la epinefrina en la anafilaxia.

Nombre del médico (imprenta): _____Teléfono: _____

Firma del médico: _____Fecha: _____

(Necesario)

PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA (To be Completed by Parent/Guardian)

1. Llamar al 911: ***Indique que una reacción alérgica ha sido tratada y puede ser necesario administrar epinefrina adicional.***
2. Padres_____Numero(s) de Teléfono_____
3. Contactos de emergencia:

   Nombre/Relación Numero(s) de Teléfono

   a._____(1)_____(2)_____

   b._____(1)_____(2)_____

¡INCLUSO SI NO SE PUEDE CONTACTAR AL LOS PADRES/TUTOR, NO DUDE EN MEDICAR NI LLEVAR AL ESTUDIANTE A UNA INSTALACIÓN MÉDICA!

Autorizo al personal del distrito escolar que tomen cualquier acción, a su opinión, que sea necesario para proporcionar servicios médicos de emergencia consistentes con este plan de acción, incluso la administración de medicamentos a mi hijo/a. También autorizo al personal del distrito escolar a divulgar la información médica confidencial de mi hijo/a a los acompañantes y otros voluntarios que no so empleados por la escuela. Esto incluye eventos escolares y paseos en la medida necesaria para la protección, prevención de una reacción alérgica, o tratamiento de emergencia de mi hijo/a y para la implementación de este plan.

9/26/2023

Plan de Acción de Alergia Severa

UN ADULTO DEBE RECOGER MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR

Firma del Padre: _____Fecha: _____

HISTORIAL DE REACCIONES DE ALEGIA (To be Completed by Parent/Guardian)

Alergia a: _____ Edad descubierto: _____

La reacción alérgica fue causada cuando la sustancia fue: (SELLECIONE) Comido Tocado Inhalado Otro: _____

Describe lo que paso (Apunte los síntomas): _____

_____

_____

¿Se usó una inyección de epinefrina de emergencia (*Epi Pen*) para la reacción alérgica? (SELLECIONE) Sí No

¿Fue tratado el estudiante en una sala de emergencias u hospitalizado por una reacción alérgica?

(SELLECIONE) Sí No

¿Si es así, cuando? _____

¿Toma precauciones especiales para reducir el riesgo de una reacción alérgica del estudiante? _____

_____

_____

UBICACIÓN DEL MEDICAMENTO (To be Completed by GPISD Nurse)

- El estudiante pude llevar consigo:_____
- Oficina de salud/Área designada para los medicamentos: _____
- Otro:_____

PERSONAL NIVEL II ENTRENADOS
