



ANAPHYLAXIS Medication Administration Checklist

- **Prescription medication form** - gives permission for school to administer prescription medication. This form must be completed by a healthcare provider and signed by a parent/guardian. Can be faxed to: 864-383-6293 from the provider's office if desired.
- **Anaphylaxis Action Plan and Authorization Forms** - must be completed by a healthcare provider. These forms provide guidance in urgent and emergency situations including additional doses/medications and indicators for using Epinephrine injectors (EpiPen). Completed forms may be faxed from the provider's office if desired.
- **New, unopened prescription** - EpiPens/medications must be in the original packaging with prescription information attached. ***ALL MEDICATIONS MUST BE BROUGHT INTO THE SCHOOL BY AN ADULT.***

Please ensure all forms are completely filled out and signed in the appropriate places.

If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse

Kaylee Fish, BSN, RN

School Nurse - Parker

Office: 864-214-1631

kfish@legacyearlycollege.org

Kaylyn Hayes, BSN, RN

School Nurse - Elementary

Office: 864-214-1632

khayes@legacyearlycollege.org

Raina Rockwell, BSN, RN, NCSN

Lead School Nurse

864-626-6440 (call/text)

rrockwell@legacyearlycollege.org

Nurse Fax: 864-383-6293

ANAFILAXIA Lista de verificación de administración de medicamentos

- **Formulario de medicamentos recetados** - Esta forma debe ser completado por un proveedor de atención médica y firmado por un padre/tutor. Medicamento No lo haré administrado sin un formulario de permiso completo!
- **Plan de acción de anafilaxia y formularios de autorización** -debe ser completado por un proveedor de atención médica y firmado por un padre/tutor. Brinda orientación e información en caso de que su estudiante tenga una reacción alérgica grave.
- **Alergias alimentarias** - solicite también al médico que complete el plan de atención de emergencia para alergias alimentarias de FARE que especifica cuándo se debe administrar epinefrina después de que se produzca una exposición a una alergia alimentaria.
- **El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta de prescripción** - Los medicamentos sin los envases originales y la información de prescripción no serán aceptados. **TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER TRAÍDOS A LA ESCUELA POR UN ADULTO.**

Asegúrese de que todos los formularios estén completamente llenos y firmados en los lugares apropiados.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Kaylee Fish, BSN, RN

School Nurse - Parker

Office: 864-214-1631

kfish@legacyearlycollege.org

Kaylyn Hayes, BSN, RN

School Nurse - Elementary

Office: 864-214-1632

khayes@legacyearlycollege.org

Raina Rockwell, BSN, RN, NCSN

Lead School Nurse

864-626-6440 (call/text)

rrockwell@legacyearlycollege.org

Nurse Fax: 864-383-6293

**Permission for School Administration of
Prescription Medication**

For school use only:
Routine
PRN (as needed)
Start date: _____

Medications should be administered by a parent or guardian before or after school hours, when possible. Initial doses of a medication that a child has never taken before should not be given at school. Medication to be given at school should be accompanied by this form, completed with the prescribing physician's signature, and provided to the school in the original labeled container provided by the pharmacist who filled the prescription. "Sample" medications must be provided in a container that appropriately identifies the medication and must be accompanied by a note signed and dated by the prescribing health care provider that includes the student's name, directions for proper administration, and the name, address, and phone number of the prescribing health care provider.

Scholar's Name Grade Date of Birth

Is your child allergic to any food, medicines, or other items? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If yes, list allergies)

Medication:		Dosage:
Purpose of Medication:		Route:
Time medication to be given at school:	Frequency (i.e. daily)	Note any special storage requirements: <input type="checkbox"/> Refrigerate <input type="checkbox"/> None (<i>please specify</i>):
Possible Side Effects:		Estimated number of days medication will be given at school (choose one): <input type="checkbox"/> _____ days <input type="checkbox"/> _____ weeks <input type="checkbox"/> until the end of the current school year

Stamp, Print or Type Health Care Provider's Name, & Address:	Office phone number:
--	----------------------

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE: _____

I give permission for my child to be given the above medication as prescribed. I give permission for the school nurse or school administrator to contact the health care provider named above or the pharmacist who filled the prescription to discuss this medication and my child's health. I give permission for the health care provider named above, the pharmacist, and/or their designated employees to provide information about the medication and my child's health to the school nurse or school administrator. I understand that the school may require that I agree to the school's rules about medications before this medicine will be given at school. I understand that I am responsible for notifying the school if my child's medications change in any way.

Signature of Parent/ Guardian

Date

Print Name of Parent/ Guardian

Day Phone Number

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse en la escuela. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completados con la firma del médico que los recetó y entregados a la escuela en el envase original con la etiqueta proporcionada por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben proporcionarse en un recipiente que identifique adecuadamente el medicamento y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los recetó que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para la administración adecuada y el nombre, la dirección y el teléfono. número del proveedor de atención médica que prescribe.

Erudito Nombre	Grado	Fecha de nacimiento
¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias)		
Medicamento:		Dosis:
Propósito de la medicación:		Ruta:
Horario de medicación a administrar en el colegio:	Frecuencia (es decir, diariamente)	Tenga en cuenta cualquier almacenamiento especial requisitos: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> Ninguno (<i>Por favor específica</i>):
Posibles efectos secundarios:	Número estimado de días que se administra el medicamento en la escuela (elija uno): <input type="checkbox"/> _____ días <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> hasta el final del año escolar actual	
Selle, imprima o escriba a máquina el nombre y la dirección del proveedor de atención médica:		Número de teléfono de la oficina:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: _____

Doy permiso para que a mi hijo se le administre el medicamento anterior según lo prescrito. Doy permiso para que la enfermera escolar o el administrador escolar se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o con el farmacéutico que surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Doy permiso para que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, el farmacéutico y/o sus empleados designados brinden información sobre el medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera escolar o al administrador escolar. Entiendo que la escuela puede requerir que esté de acuerdo con las reglas de la escuela sobre medicamentos antes de que este medicamento se administre en la escuela. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

Número de teléfono del día

Allergy and Anaphylaxis Action Plan

Scholar:	Date of Birth:	Grade:
Scholar is severely allergic to:		

Does the scholar have **asthma**? Yes No *(If yes, higher chance of severe reaction)*

Has the scholar had anaphylaxis **before**? Yes No

For Severe Allergy and Anaphylaxis

<p style="text-align: center;">What to look for:</p> <ul style="list-style-type: none"> Shortness of breath, wheezing, coughing Pale or bluish skin Fainting or dizziness Tight or hoarse throat Trouble breathing or swallowing Swelling of lips or tongue Vomiting (if accompanied by other symptoms) Hives or redness over body Feeling of “doom”, confusion, or agitation 	<p style="text-align: center;">What to do:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inject epinephrine right away! Note the time epinephrine was given. Call 911 and inform the operator that you have administered epinephrine Stay with the scholar and give a second dose if symptoms get worse, continue, or do not improve within 15 minutes Notify the scholar’s parent/guardian Keep the scholar in a position of comfort or lying on back with legs elevated Give other medicine, if prescribed. Do not use other medicine in place of epinephrine. <ul style="list-style-type: none"> Antihistamine Inhaler/bronchodilator
<p><input type="checkbox"/> SPECIAL SITUATION: If this box is checked, the scholar has an extremely severe allergy. Give epinephrine for any exposure to _____, even if symptoms are mild!</p>	

For Mild Allergic Reaction

<p style="text-align: center;">What to look for:</p> <ul style="list-style-type: none"> Itchy nose, sneezing, itchy mouth A few hives Mild stomach nausea or discomfort 	<p style="text-align: center;">What to do:</p> <p>Stay with scholar and:</p> <ul style="list-style-type: none"> Watch the scholar closely for at least 20 minutes. Give antihistamine (if prescribed). Call a parent/guardian. If more than 1 symptom or symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine. (See “For Severe Allergy and Anaphylaxis.”)
---	--

Medications & Doses

Epinephrine (intramuscular injection)	Dose: <input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg
Antihistamine: _____	Dose: _____
Other: _____	Dose: _____

Physician Name: _____ Phone #: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone #: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Plan de acción de alergias y anafilaxia

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:
El estudiante es gravemente alérgico a:		

¿El estudiante tiene **asma**? Sí No (En caso afirmativo, mayor cambio de reacción grave)

¿El estudiante ha tenido **anafilaxia**? Sí No

Para alergias graves y anafilaxia

<p>Qué buscar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar, sibilancias, tos. • Piel pálida o azulada • Desmayos o mareos • Garganta apretada o ronca • Problemas para respirar o tragar • Hinchazón de labios o lengua. • Vómitos (si van acompañados de otros síntomas) • Urticaria o enrojecimiento sobre el cuerpo. • Sensación de “perdición”, confusión o agitación. <p><input type="checkbox"/> SITUACIÓN ESPECIAL: Si esta casilla está marcada, el estudiante tiene una alergia extremadamente grave. Administre epinefrina ante cualquier exposición a _____, ¡incluso si los síntomas son leves!</p>	<p>Qué hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inyecte epinefrina de inmediato! Tenga en cuenta la hora a la que se administró la epinefrina. • Llame al 911 e informe al operador que le ha administrado epinefrina. • Permanezca con el estudiante y administre una segunda dosis si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 15 minutos. • Notificar al padre/tutor del estudiante • Mantenga el estudiante en una posición cómoda o recostado boca arriba con las piernas elevadas. • Administre otros medicamentos, si se los recetaron. No use otros medicamentos en lugar de epinefrina. <ul style="list-style-type: none"> ○ Antihistamínico ○ Inhalador/broncodilatador
--	---

Para reacciones alérgicas leves

<p>Qué buscar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca. • Algunas colmenas • Náuseas o malestar estomacal leve 	<p>Qué hacer:</p> <p>Quédese con el estudiante y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe atentamente el estudiante durante al menos 20 minutos. • Administre antihistamínico (si se lo recetan). • Llame a un padre/tutor. • Si se desarrolla más de 1 síntoma o síntomas de alergia/anafilaxis grave, use epinefrina. (Consulte “Para alergias graves y anafilaxia”).
---	---

Medicamentos y dosis

Epinefrina (inyección intramuscular)	Dosis: <input type="checkbox"/> 0,15 mg <input type="checkbox"/> 0,3 mg
Antihistamínico: _____	Dosis: _____
Otro: _____	Dosis: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____