LAKE TRAVIS
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Carta Solicitando Documentación Adicional para Estudiantes Identificados con Alergias Alimentarias Graves

Estimados Padres o Tutores:

Usted ha informado que _____ *(nombre del estudiante)* tiene una alergia alimentaria grave. El Distrito requiere información adicional para tomar las precauciones necesarias para la seguridad del estudiante y para autorizar el tratamiento del mismo en caso de una reacción alérgica en el campus o en una actividad relacionada con la escuela. Se adjuntan a esta carta los siguientes formularios:

1. Plan de Atención de Emergencia para Alergias Alimentarias y Anafilaxia*;
2. Notificación de Alergia/Intolerancia Alimentaria de LTISD*;
3. Autorización de Autotransporte/Administración de Medicamentos*;
4. Solicitud de Administración de Medicamentos; y
5. Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial.

Por favor, complete estos formularios y devuélvalos a la enfermera de su escuela lo antes posible. Cualquier información o documentación adicional que ayude al personal del campus a reconocer los signos y síntomas de una reacción anafiláctica que su estudiante pueda experimentar también es muy apreciada.

Sinceramente,

Servicios de Salud Escolar de LTISD

** Estos formularios deben ser completados y firmados por su médico u otro proveedor de atención médica autorizado.*

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

FARE
Food Allergy Research & Education

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

1. **INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
2. **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:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
2. Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. 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): _____

_____

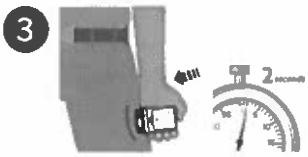
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O PADRE/TUTOR FECHA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE SALUD INTERVINIENTE FECHA

FORMULARIO SUMINISTRADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 5/2020

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

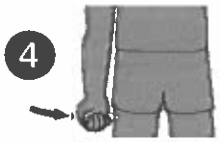
FARE
Food Allergy Research & Education

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



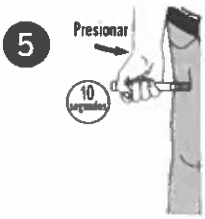
1. Retire AUVI-Q del estuche externo. Saque la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
3. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia 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. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
3. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENACLICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX



1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
3. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

CÓMO UTILIZAR SYMJEPI™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para aplicar la inyección, retire la tapa para dejar la aguja expuesta. No coloque el dedo encima el dispositivo.
2. Sostenga la inyección SYMJEPI solo con los dedos e inserte la aguja en el muslo suavemente. SYMJEPI puede inyectarse a través de la ropa si es necesario.
3. Después de que la aguja esté en el muslo, empuje el émbolo hacia abajo hasta que haga clic y manténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y masajee el lugar de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.
5. Una vez que se haya administrado la inyección, colocando una mano con los dedos detrás de la aguja, deslice la protección de seguridad por sobre la aguja.

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: _____

FORMULARIO SUMINISTRADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 5/2020

Servicios de alimentación y nutrición de Lake Travis ISD
(Siglas "FANS" en inglés)
Alojamientos de Comidas Médicas

No es necesario actualizar este formulario anualmente a menos que haya una actualización a la condición médica de su estudiante.

Parte A: Para ser completado por el padre / tutor	
Nombre del estudiante: _____	**Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____ **ID del Estudiante:** _____ **Campus:** _____
Nombre impreso del padre / tutor: _____	**Número de teléfono:** _____ **Correo electrónico:**_____

Parte B: DEBE ser completada por un profesional de la salud con licencia estatal o un dietista registrado (por ejemplo, MD, DO, NP, APRN o RD). Todas las secciones deben estar llenadas para que se puedan implementar las modificaciones en las comidas.

1. **¿Tiene el niño una discapacidad reconocida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades?**
   ❑ Sí ❑ No

2. **¿Si el niño NO tiene una discapacidad, tiene el niño una alergia o intolerancia alimentaria que resulte en una reacción anafiláctica o adversa cuando se expone a ese alimento específico?**
   ❑ Sí ❑ No

3. **Identifique la discapacidad, alergia o intolerancia alimentaria y describa las actividades principales de vida afectadas.**

4. **Indique todos los alimentos que afectan al estudiante.**
   ❑ **Lácteos frescos** (leche fluida, yogur, queso, etc.) ❑ **Lácteos horneados** (como ingrediente en productos horneados)
   ❑ **Huevos frescos** (Huevo cocidos, huevos revueltos, etc) ❑ **Huevos al horno** (como ingrediente en productos horneados) ❑ **Maníes** ❑ **Nueces de árbol** ❑ **Trigo/Gluten** ❑ **Soja** ❑ **Pescado** ❑ **Mariscos**
   ❑ **Sésamo** ❑ Otro:_____

5. **Describe el alojamiento necesario:** (alimentos para omitir o sustituir)

_____	_____	_____
Nombre impreso o sello del médico	**Firma del médico**	**Fecha**

Al enviar este formulario, usted autoriza a LTISD FANS a contactar al proveedor médico de su hijo(a) sobre la condición indicada. Para no autorizar, por favor firme sus iniciales aquí: _____.

He leído las órdenes anteriores y estoy de acuerdo con este plan de cuidado para mi hijo/a.

_____	_____
Firma del padre/tutor	**Fecha**

Por favor entregue los formularios completos a la enfermera de su escuela o envíelos por correo electrónico a Servicios de Alimentos y Nutrición. *Permita hasta 7 días hábiles para el procesamiento. Los padres pueden eliminar restricciones con un consentimiento por escrito enviando un correo electrónico a la dietista de FANS a bellm@ltisdschools.org. Para agregar o actualizar adaptaciones, se debe presentar un nuevo formulario. Para más información, visite: www.ltisdschools.org/mealaccommodations*

Actualizada: 07/22/25

LAKE TRAVIS
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN PARA TRAER Y ADMINISTRAR MEDICAMENTO POR SI MISMO

La política del Consejo de Educación permite que un estudiante responsable y capacitado traiga consigo y/o administre por si mismo medicamento para el asma para su uso inmediato en caso de ocurrir una situación que ponga en peligro su vida, con la orden específica de su médico o proveedor de servicios de salud, la solicitud de su(s) padre(s) y la aprobación de la enfermera y de la directora de la escuela.

Médico / Proveedor de Servicios de Salud que otorga la receta.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ DOB: _____

Enfermedad para la que se da este medicamento: _____

Nombre del medicamento: _____

Metodo de administracion: _____ Dosis: _____

Indicaciones para administrar el medicamento: _____

Efectos secundarios: _____

Otras recomendaciones: _____

Fechas para administrar (no exceder un año escolar): From _____ to _____

En mi opinión, este estudiante muestra la capacidad de traer consigo y administrar por sí mismo el medicamento arriba mencionado.

Firma del medico: _____ Tel.: _____

Nombre del medico: _____ Fecha: _____

Autorización de (los) padre(s) / o guardián

Yo solicito que mi hijo(a) nombrado arriba, sea autorizado a llevar consigo y administrar por sí mismo el medicamento mencionado arriba. Yo me hago responsable por este permiso Yo entiendo que el medicamento deberá estar en su envase original de la farmacia, etiquetado con el nombre impreso de mi hijo(a) el nombre del médico que receta, el nombre del medicamento la fecha en que fue recetado originalmente la dosis la concentración y las indicaciones para su uso. La escuela no permite tener el medicamento en una cantidad mayor que el suministro para 30 días. El medicamento será destruido si no es recogido a más tardar una semana después del fin de cursos o después de haber pasado la fecha que haya indicado el médico en la receta.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Aprobación de la Dirección y de la Enfermera de la Escuela

Aceptamos la solicitud de los padres y la orden médica otorgados arriba. Damos permiso y ayudaremos al estudiante a ser responsable de llevar consigo el medicamento, reservándonos el derecho de retirar el privilegio de llevarlo y administrarlo por si mismo, si el estudiante demuestra una conducta irresponsable, o si se reporta un riesgo de seguridad En el caso de que exista este último la administración contactará a los padres de inmediato.

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____

Firma de la principal: _____ Fecha: _____

LAKE TRAVIS
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Solicitud de administración de medicamentos

Estudiante: _____ FECHA DE NACIMIENTO_____ Grado:_____ Campus:_____

Medicamento:_____Dosis: _____

Tomar medicamento: ☐ por vía oral ☐ inhalador ☐ tópico (crema) ☐ inyección ☐ otro _____

Afección para la que se administra el medicamento: _____

A ser administrado: ☐ Todo el año escolar - o - ☐ Las fechas siguientes:__/____/_____ a:___/____/_____

Cuándo: ☐ De manera rutinaria a las siguientes - o - ☐ Cuando sea necesario horas: _____

Consideraciones especiales/efectos secundarios: _____

Para los medicamentos diarios: ☐ Sí, favor de administrar el medicamento diario en los paseos escolares
☐ No, favor de no enviar el medicamento diario a los paseos escolares

Otros medicamentos que toma en casa: _____

Lista de alergias a alimentos o fármacos: _____

Debe firmarlo un médico para cualquiera de estas razones:

☐ medicamento recetado administrado más de 10 días escolares (medicamento diario)
☐ cualquier medicamento sin receta

Padre/Tutor: Autorizo al personal del distrito administrar el medicamento a mi hijo en conformidad con las normas del Distrito y la Agencia de Educación de Texas. Reconozco además que es responsabilidad del padre/tutor mantener un suministro del medicamento. Los medicamentos sin reclamar se destruirán al final del año escolar.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

Médico: Solicito que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar de acuerdo a lo indicado previamente.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

Escuela: Medicamento recibido por:

Firma:	Fecha:	Cantidad recibida:
Nombre en letra de molde:	Teléfono, ext.:	Fecha de vencimiento:

LAKE TRAVIS
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Divulgación / consentimiento para solicitar información médica

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento_____**Grado**_____**Escuela** _____

Por favor autorice a la persona nombrada a continuación para solicitar registros específicos que contengan información confidencial sobre el estudiante mencionado anteriormente.

De: Lake Travis Independent School District	Para: _____ Médico al que se hace la solicitud
_____ Escuela	_____ Número teléfonico
_____ Dirección	_____ Dirección
_____ Ciudad/Estado/Ciudad	_____ Ciudad/Estado/Ciudad
_____ Fax	_____ Fax

Resgistros que se entregarán	**Propósito de la divulgación**
☐ Historia Médica	Desarrollar un plan de atención médica adecuado
☐ Ordenes Médicas	
☐ Comunicación continua	Para aclarar las necesidades médicas del estudiante

_____ en: _____
Enfernera de la escuela Número Telefonico

☐ Si ☐ No He sido completamente informado y entiendo la solicitud de mi consentimiento de la escuela, como se describe arriba. Esta información se solicitará al recibir mi consentimiento por escrito.

☐ Si ☐ No Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

_____ _____
Firma de padre/tutor Fecha

_____
Nombre impreso del padre/tutor