



# Anafilaxia individual

## Plan de atención de emergencia

### A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito que a mi hijo se le permita automedicarse según lo autorizado por mí y por el médico de mi hijo. Entiendo que esta autorización es efectiva sólo para el presente año escolar y debe renovarse para cada año subsiguiente. Entiendo que el Distrito Escolar de Mercer County no incurrirá en responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la automedicación y que exonero al distrito y a sus empleados contra cualquier reclamo que surja de la autoadministración de medicamentos. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito y a sus empleados o agentes contra cualquier reclamo que surja de la autoadministración de medicamentos. **Entiendo que antes de que a mi hijo se le permita autoadministrarse medicamentos, debo proporcionarle a la enfermera de la escuela un epi-pen que mi hijo llevará consigo y se autoadministrará. Entiendo que soy responsable de recolectar los medicamentos de emergencia al final del año escolar y, si no los recojo, se eliminarán adecuadamente.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR EL CONSULTORIO DEL MÉDICO

Alergia a: \_\_\_\_\_

Esta reacción no podría / podría describirse como anafiláctica. Los síntomas de presentación incluyen:

#### Marque los síntomas apropiados:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Piel: "urticaria" (manchas rojas o ronchas que pican): hinchazón severa    | <input type="checkbox"/> Garganta: opresión, dificultad para hablar y dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Ojos: lagrimeo, enrojecimiento, picazón.                                   | <input type="checkbox"/> Nariz: secreción, picazón, congestión                                 |
| <input type="checkbox"/> Intestino: vómitos repetidos, náuseas, dolor abdominal (diarrea más tarde) | <input type="checkbox"/> Boca: picazón, hinchazón de labios, lengua o boca                     |
| <input type="checkbox"/> Cerebro: ansiedad, agitación o pérdida del conocimiento                    | <input type="checkbox"/> Corazón/Circulación: pulso débil, pérdida del conocimiento            |

#### En caso de una reacción alérgica, la enfermera de la escuela debe proceder de la siguiente manera:

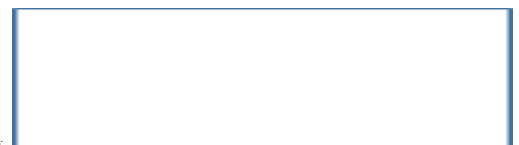
- Si el niño desarrolla sólo urticaria (sólo problemas en la piel) darle antihistamínico.
  - Dosis: Benadryl \_\_\_\_\_mg por vía oral  
**El antihistamínico oral debe ser administrado únicamente por la enfermera o los padres.**
  - Observe de cerca para detectar síntomas adicionales; notificar al padre/tutor
- Si el niño desarrolla alguno de los signos de reacción grave de anafilaxia,
  - Inyecte **epinefrina IM: Dosis \_\_\_\_ .15 mg - \_\_\_\_ .30 mg**
  - Esta dosis de epinefrina IM se puede repetir en 15 minutos si los síntomas reaparecen.
  - Administre la dosis anterior de Benadryl por vía oral.
  - Notifique al padre/tutor y llame al 911
- Si se presentan sibilancias, trátelas con: \_\_\_\_\_

#### En caso de una reacción alérgica cuando la enfermera de la escuela no está disponible (excursiones y/o actividades relacionadas con la escuela)

**Capaz de automedicarse** : doy mi permiso para que este niño se automedique cuando la enfermera de la escuela no esté disponible. Certifico que \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) es capaz y ha sido instruido sobre el método adecuado para autoadministrarse su medicamento, incluida la autoevaluación de los síntomas y las indicaciones para la administración. En el caso de que mi hijo no pueda automedicarse, doy mi permiso para que un delegado capacitado le administre una dosis única de Epi-pen y llame al 911.

**No puede automedicarse** : este niño no puede automedicarse en este momento. En caso de una reacción anafiláctica cuando el una enfermera no está disponible, doy mi permiso para que un delegado capacitado administre una dosis única de Epi-pen y llame al 911.

**Entiendo que la ley del estado de Nueva Jersey no permite que el delegado administre Benadryl.**



\_\_\_\_\_  
firma del medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Sello de oficina