SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Estimado Padre/Tutor:

De acuerdo con nuestros registros de salud, su hijo tiene una alergia que puede requerir tener un autoinyectador de epinefrina a mano para posibles reacciones alérgicas graves.

Se adjuntan los formularios que deben ser completados por el padre/ tutor y / o médico y devueltos a la enfermera de la escuela. **Debemos** tener el formulario médico junto con el auto-inyectores para que el personal pueda administrarlo en caso de una emergencia. Incluso si su hijo lleva sus autoinyectores, debemos tener la documentación adecuada para que el personal pueda ayudarlo en la administración en una emergencia. Asegúrese de que el médico indique en el formulario del medicamento si este medicamento se puede llevar por sí mismo.

La información en estos formularios nos ayudará a determinar la mejor manera de ayudar a su hijo durante el día escolar y se distribuirá al personal escolar apropiado según sea necesario y puede incluir conductores de autobuses, maestros sustitutos, personal de cafetería y otros que trabajan con su estudiante diariamente.

Para ayudar a su hijo, por favor háganos saber de cualquier cambio en la condición médica de su hijo o números de teléfono de emergencia durante el día.

Los siguientes formularios deben completarse y devolverse a la escuela de su hijo al comienzo del año escolar.

- Formulario de administración de medicamentos (padre y médico)
- Plan de Emergencia para Alergias y Anafilaxia (padres y médicos)
- Plan de salud individualizado para alergias (padres)

Póngase en contacto con la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta.

¡Esperamos un gran año con su estudiante!

Enfermera del Distrito Escolar del Condado de Scott

SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Manejo de Pautas para Estudiantes con Alergias

RESPONSABILIDADES DEL SITIO DE LA ESCUELA

1. Identifique a los niños que requieren modificaciones dietéticas especiales.
2. El director escolar o la persona designada remitirá a un estudiante con necesidades dietéticas especiales conocidas o sospechadas para servicios especiales según lo exija la ley y notificará al director de Educación Especial, Coordinador de la Sección 504, enfermera escolar o asistente de servicios de salud, según corresponda, dada la naturaleza del requisito médico o condición incapacitante conocida o sospechada.
3. El director de la escuela o la persona designada deberá hacer que el personal y el estudiante sean conscientes de las precauciones necesarias relacionadas con las excursiones, las fiestas en el aula, la identificación de alertas de alergia, las estrategias de intervención y otros temas necesarios para promover la seguridad del estudiante.
4. Los presidentes del Comité de Admisiones y Liberación (ARC), los presidentes de la Sección 504, la enfermera escolar o el asistente de enfermería escolar, según corresponda, comunicarán los requisitos del plan a todos los posibles implementadores del plan, como el personal designado de Nutrición Escolar, los maestros del estudiante, etc.
5. Supervise y actualice el IEP, el plan de la Sección 504 o el plan de salud según sea necesario.
6. Proporcionar información para educar a los padres y estudiantes con respecto a las alergias alimentarias.
7. Asegúrese que el personal apropiado sea capacitado anualmente en la administración de Epi-Pens.
8. Incluir a los estudiantes con alergias en las actividades escolares; el estudiante no debe ser excluido de las actividades escolares únicamente por su alergia

RESPONSABILIDADES DE LOS MAESTROS DE AULA

1. Discutir excursiones con la familia y los estudiantes con alergias para decidir las estrategias apropiadas para controlar la alergia
2. Asegúrese de que los voluntarios, los maestros estudiantes, los asistentes, los especialistas y los maestros sustitutos estén informados de las alergias del estudiante y las salvaguardas necesarias.
3. Deje la información del estudiante en un formato organizado, prominente y accesible para los maestros sustitutos.
4. Informe a los padres de cualquier evento escolar donde se servirá comida si un estudiante tiene una alergia alimentaria.
5. Educar a los compañeros de clase y a los padres con respecto a las alergias alimentarias.
6. Participar en la capacitación obligatoria en el servicio que se dirige al estudiante con alergias.
7. Cuelgue letreros en las puertas de las aulas para alertar a otros de una alergia alimentaria
8. Educar a los compañeros de clase para evitar poner en peligro, aislar, estigmatizar o acosar a los estudiantes con alergias, tenga en cuenta cómo se está tratando al estudiante con alergias y haga cumplir las reglas de la escuela sobre la intimidación y las amenazas.

RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1. Proporcionar servicios de alimentos y/o sustituciones para estudiantes según las necesidades médicas. Los menús no se modificarán en función de las preferencias personales.
2. Proporcionar capacitación al personal de nutrición escolar sobre cómo reaccionar ante las alergias alimentarias y las emergencias relacionadas con los alimentos y cómo modificar los menús.
3. Mantenga información dietética especial sobre cada estudiante identificado con necesidades dietéticas especiales y actualice esta información según sea necesario.
4. Crea y mantener una mesa libre de cacahuetes en la cafetería.
5. Proporcione una alternativa de mantequilla de soja para todos los artículos de mantequilla de maní en el menú escolar.

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES/TUTORES

1. Notifique a la escuela de alergia o necesidad dietética especial relacionada con una condición incapacitante o necesidad médica.
2. Llene y devuelva el Formulario de Administración de Medicamentos, el Formulario del Plan de Emergencia y el Plan de Salud Individualizado.
3. Proporcionar información médica de una autoridad médica reconocida (RMA) aprobada por el Distrito autorizada para ejercer dentro del estado de Kentucky como se indica en el IEP, plan 504 o plan de salud del estudiante.
4. Proporcionar información médica actualizada según lo solicite el Distrito.
5. Participar en cualquier reunión o discusión sobre el plan de alergia del estudiante.
6. Notifique a la escuela de un cambio en relación con la alergia o la necesidad dietética especial.
7. Educar al estudiante en el autocontrol de su alergia incluyendo:
   a. Estrategias para evitar la exposición a alérgenos
   b. Síntomas de reacciones alérgicas
   c. Cómo y cuándo decirle a un adulto que puede estar teniendo un problema relacionado con la alergia
   d. Cómo leer las etiquetas de los alimentos cuando corresponda (apropiado para la edad)
8. Proporcione a la enfermera de la escuela una declaración del médico si el estudiante ya no tiene alergias
9. Si su hijo tiene una alergia alimentaria, deje una bolsa de "Bocadillos seguros" en el aula de su estudiante para que siempre haya algo que su estudiante pueda elegir durante un evento no planificado.

RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE

1. Siga su IEP, plan de la Sección 504 o plan de salud.
2. Los estudiantes con alergias alimentarias no deben intercambiar alimentos con otros.
3. Debe notificar a un adulto inmediatamente si come algo que cree que puede contener el alimento al que es alérgico o es mordido o picado por un insecto al que es alérgico.
4. Aprenda a reconocer los síntomas de una reacción alérgica.
5. Aprenda a leer las etiquetas cuando sea apropiado.

SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

PLAN DE SALUD INDIVIDUAL PARA ALERGIAS (IHP) (foto aquí)

Año escolar_____

ALÉRGENOS: _____

Nombre del estudiante: _____ FDN: _____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

Maestro: _____ Grado: _____

Nombre(s) de los padres/tutores): _____

Dirección: _____

Alergólogo/Médico: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor 1 Número de contacto: _____

Número de contacto del padre/tutor 2: _____

Contacto de emergencia si no puede comunicarse con el padre/tutor:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

1. Fecha del último episodio alérgico de los estudiantes: _____/_____/_____
   ¿Qué paso? _____

2. ¿Diagnosticado por análisis de piel/sangre? ☐ SÍ o ☐ NO Fecha: _____

3. ¿Alguna vez el estudiante ha sido hospitalizado por un episodio alérgico? ☐ SÍ o ☐ No
   Fecha: _____

4. ¿Reacciona su hijo cuando **come** el alérgeno anterior? ☐ SÍ o ☐ NO
   Tipo de reacción: ☐ Dolor de estómago ☐ Erupción ☐ Picazón ☐ Picazón en la garganta
   ☐ Tos/Sibilancias ☐ Ansiedad/Inquietud ☐Labios o lengua hinchados
   ☐ Urticaria ☐ Otro_____

5. Si se trata de una alergia alimentaria, ¿enviará el almuerzo? ☐ Sí o ☐ No

6. ¿Reacciona su hijo cuando **toca** (o es mordido/picado si es alergia a insectos) el alérgeno anterior? ☐ SÍ o ☐ NO
   Tipo de reacción: ☐ Dolor de estómago ☐ Erupción ☐ Picazón ☐ Picazón en la garganta
   ☐ Tos/Sibilancias ☐ Ansiedad/Inquietud ☐Labios o lengua hinchados
   ☐ Urticaria ☐ Otro_____

7. ¿Reacciona su hijo cuando **huele o inhala** el alérgeno anterior? ☐ Sí o ☐ No

   Tipo de reacción: ☐ Dolor de estómago ☐ Erupción ☐ Picazón ☐ Picazón en la garganta
   ☐ Tos/Sibilancias ☐ Ansiedad/Inquietud ☐Labios o lengua hinchados
   ☐ Urticaria ☐ Otro_____

8 ¿Puede su hijo estar cerca de alguien que come el alérgeno? ☐ Sí o ☐ No

9 ¿Sabe su hijo cómo se ve el alérgeno y cómo evitarlo? ☐ Sí o ☐ No

10 ¿Qué haces en casa? (adaptaciones, restricciones de dieta, sustituciones)?

_____

_____

11 ¿Puede su hijo comer cosas en procesos en una instalación y que también procesa el alérgeno? ☐ Sí o ☐ No

12 ¿Puede la escuela enviar una carta a casa notificando al aula sobre la alergia de su hijo para disminuir las posibilidades de que el alérgeno sea llevado a la escuela por un compañero de clase? ☐ Sí o ☐ No

13 Comentarios adicionales:

_____

_____

_____

NOTA: Si su hijo requiere un EpiPen, usted y su proveedor de atención médica deben completar un Formulario de medicamento y un Plan de Acción de Emergencia. Estos formularios deben ser llevados a la escuela al comienzo de cada año escolar.

Revisado por: _____RN Date: ____/_____/_____

Plan de emergencia para alergias y anafilaxia

American Academy of Pediatrics

Nombre del niño:_____ **Fecha del plan:** _____

Fecha de nacimiento:__/____/_____ **Edad:**_____ **Peso:**_____kg

El niño es alérgico a _____

Adjuntar una foto del niño.

El niño tiene asma. ☐ Sí ☐ No (Si responde sí, hay más probabilidades de que sufra una reacción grave)

El niño tuvo anafilaxia. ☐ Sí ☐ No

El niño puede llevar un medicamento consigo. ☐ Sí ☐ No

El niño puede administrarse un medicamento. ☐ Sí ☐ No (Si el niño se negara a tratarse o no pudiera hacerlo, un adulto debería administrar el medicamento)

RECORDATORIO IMPORTANTE

La anafilaxia es una reacción alérgica grave que podría ser mortal. Ante la duda, administre epinefrina.

En casos graves de alergia y anafilaxia
A qué estar atento

Si un niño tuviera CUALQUIERA de estos síntomas graves después de comer un alimento o recibir una picadura, **administre epinefrina.**

- Falta de aliento, sibilancias o tos
- Palidez o piel azulada
- Pulso débil
- Desmayo o mareo
- Estrechez o irritación en la garganta
- Dificultad para respirar o tragar
- Hinchazón de labios o lengua que molesta para respirar
- Vómitos o diarrea (si fueran graves o estuvieran combinados con otros síntomas)
- Muchas ronchas o enrojecimiento en el cuerpo
- Sensación de adormecimiento, confusión, nivel de conciencia alterada o agitación

☐ **SITUACIÓN ESPECIAL**: Si esta casilla estuviera marcada, el niño tiene una alergia sumamente grave a la picadura de un insecto o al siguiente alimento:_____ Incluso si el niño tuviera síntomas LEVES después de una picadura o de comer estos alimentos **administre epinefrina.**

¡Administre epinefrina!
Qué hacer

1. ¡Inyecte la epinefrina inmediatamente! Anote a qué hora la administró.
2. Llame al 911.
   - Pida que envíen una ambulancia con epinefrina.
   - Informe al equipo de rescate cuándo administró la epinefrina.
3. Quédese junto al niño y:
   - Llame a los padres y al médico del niño.
   - Si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 5 minutos, administre una segunda dosis de epinefrina.
   - Mantenga al niño acostado boca arriba. Si el niño vomita o tiene dificultad para respirar, manténgalo acostado de lado.
4. Si estuviera indicado, administre otro medicamento. No use otros medicamentos en vez de epinefrina.
   - Antihistamínicos
   - Inhalador/broncodilatador

En casos de reacción alérgica leve
A qué estar atento

Si el niño tuviera algún síntoma leve, **contrólelo.**

Los síntomas pueden incluir:

- Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca
- Algunas ronchas
- Náuseas o molestia abdominal leve

Controle al niño
Qué hacer

Quédese junto al niño y:

- Obsérvelo atentamente.
- Adminístrele un antihistamínico (si estuviera indicado).
- Llame a los padres y al médico del niño.
- Si el niño presenta más de 1 síntoma de alergia grave o anafilaxia, use epinefrina. (Consulte "En casos graves de alergia y anafilaxia").

Medicamentos/dosis

Epinefrina intramuscular (mencione el tipo):_____ Dosis: ☐ 0.10 mg (de 7.5 kg a menos de 13 kg)* ☐ 0.15 mg (de 13 kg a menos de 25 kg) ☐ 0.30 mg (25 kg o más)

(*Use de 0.15 mg si no estuviera disponible de 0.10 mg)

Antihistamínico oral (tipo y dosis):_____

Otro (por ejemplo, inhalador/broncodilatador si el niño tiene asma): _____

_____ _____ _____ _____

Firma de autorización del padre, la madre o el tutor Fecha Firma de autorización del médico o profesional de cabecera Fecha

Spanish translation of *Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan* © 2017 American Academy of Pediatrics, actualizado en mar./2019. Todos los derechos reservados. El médico de su hijo le dirá qué hacer que sea lo mejor para el niño. Esta información no debe sustituir la conversación con el médico de su hijo.

Plan de emergencia para alergias y anafilaxia

American Academy of Pediatrics

Nombre del niño:_____ **Fecha del plan:** _____

Instrucciones adicionales:

Contactos

Llamar al 911/equipo de rescate: _____

Médico _____ Teléfono: _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Otros contactos de emergencia

Nombre/relación: _____ Teléfono: _____

Nombre/relación: _____ Teléfono: _____

Spanish translation of *Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan* © 2017 American Academy of Pediatrics, actualizado en mar./2019. Todos los derechos reservados. El médico de su hijo le dirá qué hacer que sea lo mejor para el niño. Esta información no debe sustituir la conversación con el médico de su hijo.

Machine Translated by Google

ESTUDIANTES 09.2241 AP.21

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

Escuela: _____ Fecha de recepción del formulario por la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ Aula/Salón de clases: _____

Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA RECETA Y MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Nombre del medicamento: _____ Motivo de la medicación: _____

Forma del medicamento/tratamiento: Tableta/cápsula Líquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro _____

Describa el horario y la dosis a administrar en la escuela: _____

Fecha de inicio: fecha de recepción del formulario Otro, según se especifique: _____

Fecha de finalización: solo para eventos episódicos/de emergencia fin del año escolar Otra fecha/duración: _____

Requisitos especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerar Otro _____

Restricciones y/o efectos secundarios importantes: Sin restricciones/efectos secundarios Sí. Por favor describa:

_____

NOTA: En caso de que se notifique al Director o persona designada sobre la posibilidad de una reacción adversa o extrema a un medicamento, deberá informar al maestro(s) del estudiante sobre dicha posibilidad antes de que el estudiante comience el programa de medicación.

De conformidad con KRS 158.832 a 158.836, las Escuelas del Condado de Scott permiten que un estudiante posea y se autoadministre medicamentos para el asma, la diabetes o la anafilaxia en la escuela y en funciones relacionadas con la escuela una vez que el padre/tutor y el médico del estudiante completen la siguiente información y el padre/tutor exima de responsabilidad.

Se le ha instruido al estudiante en la autoadministración del medicamento que se completará para reacciones asmáticas, diabéticas o alérgicas graves (anafilaxia) SOLAMENTE: No Se requiere supervisión No se requiere supervisión

El estudiante debe llevar este medicamento consigo: No Sí

Por favor indique información adicional: En el reverso de este formulario Como archivo adjunto

_____ _____
Firma del médico/proveedor de atención médica Fecha

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del médico/proveedor de atención médica: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono #: _____ Número de fax: _____

A la escuela: Informe inquietudes sobre medicamentos o la condición del estudiante al médico/proveedor de atención médica mencionado anteriormente.

PERSONAL ESCOLAR: ASEGÚRESE DE QUE LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO TAMBIÉN ESTÉ COMPLETADA.

Machine Translated by Google

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Doy permiso para _____ recibir los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela de acuerdo
Nombre del estudiante

De acuerdo con la política escolar estándar, eximo expresamente de toda responsabilidad a la escuela, sus empleados y agentes, y renuncio a cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión o reacción derivada de la administración del medicamento mencionado, a menos que sea consecuencia de negligencia o mala conducta de la escuela o sus empleados. En cuanto a la medicación continua, entiendo que tengo la responsabilidad final de proporcionar a la escuela un suministro adecuado de medicamentos para que se puedan seguir las indicaciones de un médico o profesional de la salud.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de emergencia _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Yo/Nosotros reconocemos haber recibido la declaración y autorización anteriores.

Administrador/designado _____ Fecha _____