CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Servicios de Apoyo Estudiantil
1400 E. Janss Rd., Thousand Oaks CA 91362
(805) 497-9511

Plan de Salud Individualizado (IHP)

Alergía y Anafilaxia

Alumno:			
Grado:	**Fecha de Nacimiento:**	**Colocación Educacional:**	
Escuela:			
Distrito:			
Enfermera Escolar:		**Número de Teléfono:**	
Padre/Tutor Fecha de Consentimiento:		**Fecha de Autorización del Médico:**	
Firma del Padre:			
Madre:	**Teléfono Primario:**	**Teléfono Secundario:**	
Padre:	**Teléfono Primario:**	**Teléfono Secundario:**	
Tutor:	**Teléfono Primario:**	**Teléfono Secundario:**	
Dirección del Hogar:		**Ciudad:**	**Area Postal:**
Otro Contacto (Relación):		**Teléfono Primario:**	**Teléfono Secundario:**
Médico:		**Teléfono:**	**Fax #**
Dirección del Médico:		**Ciudad:**	**Area Postal:**

Servicio de Salud que se necesita en la escuela	**Manejo de la Alergía y la Anafilaxia en la Escuela y Eventos Patrocinados por la Escuela**
Propósito de un IHP	1. El propósito de un Plan de Salud Individualizado (IHP) es para proporcionar una gestión segura de las necesidades y servicios de atención sanitaria para los alumnos en la escuela y durante las actividades relacionadas con la escuela. 2. La enfermera de la escuela, en colaboración con el estudiante y los padres/tutores del estudiante, proveedores del cuidado de la salud y el equipo escolar, es responsable de: a) Desarrollo, implementación y revisiones de IHP. b) El entrenamiento y supervisión de todo el personal designado quiénes proporcionarán el cuidado de la salud según el ISHP procedimientos estándar. 3. Revisiones del IHP, si y cuando sean necesarias revisiones del IHP, los padres/tutores informarán a la enfermera de la escuela de cualquier actualizado del médico proporcionando una nota del doctor. 4. Un repaso del IHP deberá ocurrir anualmente y cuando sea necesario para garantizar la prestación de una atención segura.

FARE Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ lb Asma: ☐ **Sí (mayor riesgo de una reacción grave)** ☐ **No**

Antecedentes de anafilaxia: ☐ **Sí** ☐ **No**

COLOCAR FOTO AQUÍ

NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

PARA **CUALQUIERA** DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES

PULMONES
Falta de aire, sibilancias, tos recurrente

CORAZÓN
Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos

GARGANTA
Garganta áspera o ronca, problemas para respirar o tragar

BOCA
hinchazón importante de la lengua o los labios

PIEL
Urticaria extendida en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado

INTESTINO
Vómitos recurrentes, diarrea grave

OTROS
Sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN
de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.

1. **ADMINISTRE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.**
2. **Llame al 911.** Informe al operador de emergencias que la persona está sufriendo una reacción anafiláctica y podría necesitar epinefrina cuando llegue el servicio de emergencias.

- Considere la administración de medicamentos adicionales después de la epinefrina:
  - » Antihistamínico.
  - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancias.
- Acueste a la persona en posición horizontal, levántele las piernas y manténgala abrigada. Si respira con dificultad o comienza a vomitar, permítale sentarse o recostarse de lado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, se pueden administrar más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
- Avise a los contactos de emergencia.
- Traslade al paciente a la sala de emergencias, incluso si se resuelven los síntomas.

COMENTARIOS ADICIONALES DEL MÉDICO

SÍNTOMAS **LEVES**

NARIZ
Picazón o goteo nasal, estornudos

BOCA
Picazón en la boca

PIEL
Un poco de urticaria, picazón leve

INTESTINO
Náuseas leves o molestias

SI PRESENTA **SÍNTOMAS LEVES** EN **MÁS DE UN** ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA Y **LLAME AL 911.**

SI PRESENTA **SÍNTOMAS LEVES** EN **UNA SOLA** ÁREA DEL CUERPO, SIGA ESTAS INDICACIONES:

1. Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
2. Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe de cerca los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina y llame al 911.

☐ **Si el médico del niño marca esta casilla, significa que el niño tiene una alergia extremadamente grave a _____ y se le debe administrar epinefrina ante el primer signo de cualquier síntoma, aún cuando fuera leve.**

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca o versión genérica de la epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: ☐ 0.1 mg IM (intramuscular) ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM ☐ 1 mg IN (intranasal) ☐ 2 mg IN

Marca o versión genérica del antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): _____

☐ El paciente puede llevar consigo el medicamento
☐ El paciente puede autoadministrarse el medicamento

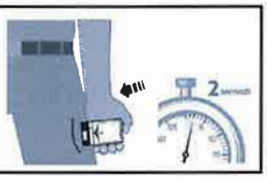
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES FECHA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA FECHA

FORMULARIO PROPORCIONADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 8/2025

FARE Food Allergy Research & Education

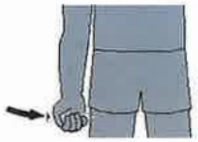
FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

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



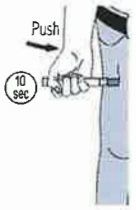
1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.

CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS



1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transportador transparente.
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando hacia arriba.
3. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.

CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENACLICK®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS



1. Retire el autoinyector de epinefrina de su funda protectora transportadora.
2. Retire los dos capuchones azules: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector en el puño con la punta roja hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Manténgalo presionado firmemente contra el muslo por aproximadamente 10 segundos.
4. Retírelo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.

CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR TEVA® GENÉRICO DE EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Retire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector girándola en la dirección de la "flecha de giro".
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo en ángulo recto con el muslo.
4. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.

INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se administra a un niño pequeño, sujétele firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina se puede inyectar a través de la ropa si es necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

CÓMO USAR NEFFY® (ESPRAY NASAL DE EPINEFRINA)

1. Retire el dispositivo neffy del envase. Abra el envase para quitar el dispositivo de espray nasal neffy.
2. Sostenga el dispositivo como se muestra. Sostenga el dispositivo con el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No tire ni presione el émbolo. No lo pruebe ni lo prepare (no pulverice previamente). Cada dispositivo tiene solo 1 espray.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que los dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta en la nariz apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (pared entre sus 2 fosas nasales) o la pared externa de la nariz.
4. Presione firmemente el émbolo hacia arriba hasta que encaje y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale durante o después de la administración de la dosis. Si gotea líquido por la nariz, es posible que tenga que administrar una segunda dosis de neffy después de comprobar los síntomas. Llame al 911 inmediatamente después del primer uso.
5. Si los síntomas no mejoran o empeoran dentro de los 5 minutos de la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal con un nuevo dispositivo neffy.

Atienda a la persona antes de comunicarse con los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA — LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE/MADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____