

CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
SEVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
PLAN DE EMERGENCIA PARA ALEGIA DE PICADURA DE ABEJA /INSECTO

Nombre_____

Grado_____

Queridos Padres/Encargados:

Usted ha identificado su hijo(a) de tener una alergia una reacción localizada de picadura de abeja y /o picadura de insectos. Por favor asegúrese de que su hijo(a) sabe que él o ella tiene una reacción alérgica y la necesidad de informar a un adulto si la picadura de una abeja o insecto ocurre. Chequee el estatus de la reacción de su hijo (a) ante una picadura de abeja o insecto y devuelva esta información a la enfermera de la escuela **immediately.**

() Mi hijo(a) es **alérgico(a) a picadura de abejas.** Él/ ella desarrolla dificultad al respirar, hinchazón generalizada, entumecimiento, y/o urticarias. Otro síntomas:_____.

() Mi hijo(a) es **alérgico a picaduras de insectos.** Él/ella desarrolla dificultad al respirar, hinchazón generalizada, entumecimiento, y /o urticarias. Otros síntomas:_____.

() Mi hijo (a) desarrolla una **reacción localizada a picadura de abeja** (hinchazón o rojizo en el lado de la picazón).

() Mi hijo(a) ha desarrollado **reacción localizada a la picada de un insecto** (hinchazón o rojizo en el lado de la picadura).

() Mi hijo(a) recibe tratamiento de desensibilización (vacunas contra alergias) para reducir su reacción alérgica.

El siguiente es un **procedimiento estándar para tratamiento** de **cualquier** picadura de abeja o insecto:

1. Remover el aguijón si está visible.
2. Ponga hielo.
3. Observe atentamente el estudiante por 20 minutos y devuélvalo(a) a la clase si no se ha desarrollado señales de reacción alérgica.
4. Notifique a los padres.

Si su hijo(a) ha tenido una picadura de abeja o insecto durante la escuela, por favor chequee el siguiente procedimiento (s) usted quisiera que la enfermera de la escuela haga:

() Siga el procedimiento estandarizado de la escuela descrito arriba.

() Dé el medicamento descrito por el médico de mi hijo(a). Los padres deben proveer el medicamento escrito por el médico del niño(a) **cada** año escolar.

() Llame al 911 y que transporte a mi hijo(a) por ambulancia al hospital si se desarrollan señas de alergias severas.

Nota: La póliza escolar requiere que llame al 911 sea llamada si epinefrina es dada.

Contacto de emergencia de información:

Padres/Encargado:_____

Contacto de emergencia (si los padres no están disponibles):_____

Firma de los Padres/encargados:_____ Fecha:_____

