Farmington Municipal Schools Health Services
Allergy Action Plan – Spanish Version

Padre/guardián: complete la información en esta sección superior y firme la autorización en la parte inferior de la página.				
Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**	**Edad**	**Grado**	**Alergias a medicamentos**
Nombre del prescriptor		**Teléfono del prescriptor**		
Nombre del padres/guardiánes		**Teléfono de padres/guardiánes**		
Contacto de emergencia		**Teléfono de contacto de emergencia**		

Prescriptor: complete la información sobre alergias, el plan de tratamiento y la autorización a continuación.

Alergias potencialmente mortales conocidas:

Alergias conocidas que no ponen en peligro la vida:

Historia del asma: ☐ Si ☐ No

El asma puede indicar un mayor riesgo de reacción grave.

Historia de reacción anafiláctica GRAVE: ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¡administre epinefrina inmediatamente! Administre epinefrina si es probable que se haya ingerido el alérgeno, al inicio de cualquier síntoma o si definitivamente se ingirió el alérgeno incluso si no se notan síntomas.

PLAN DE TRATAMIENTO

Para CUALQUIERA de los siguientes SÍNTOMAS GRAVES:

PULMÓN:	Dificultad para respirar/tragar, sibilancias, tos
CORAZÓN:	Mareo, desmayo, confusión, pálido, azul, pulso débil
GARGANTA:	Estrecho, ronco, dificultad para respirar/tragar, babeo
BOCA:	Hinchazón significativa de lengua/labios.
PIEL:	Mucha urticaria en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado en todo el cuerpo.
INTESTINO:	Náuseas, vómitos repetidos, diarrea intensa.
OTRO:	Sensación de “perdición”, ansiedad, confusión.

Siga este protocolo:

1. **¡INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE!** Toma nota del tiempo.
2. **Llame al 911.** Solicite una ambulancia con epinefrina.
3. No cuelgues ni dejes al estudiante.
4. Administre medicamentos adicionales según lo indicado.
   a. Antihistamínico (si se solicita a continuación)
   b. Inhalador (Albuterol) si el estudiante tiene asma
5. Acueste al estudiante y levante las piernas. Si tiene dificultad para respirar o vomita, siéntese o acuéstese de lado.
6. Notificar a la enfermera de la escuela, al padre/guardián y al médico que receta.
7. El estudiante debe ser transportado a la sala de emergencias.

Para CUALQUIERA de los siguientes SÍNTOMAS LEVES:

BOCA:	Picazón en boca, labios, lengua y/o garganta
PIEL:	Picazón en la boca
INTESTINO:	Náuseas/malestar leves
NARIZ:	Picazón/secreción nasal

Siga este protocolo:

1. **ADMINISTRE EL ANTIHISTAMÍNICO** según lo indicado**.**
2. Supervisar al estudiante, notificar a la enfermera escolar y al padre/guardián.
3. Observe atentamente al estudiante para detectar cambios.
4. **Si los síntomas empeoran, VAYA AL PROTOCOLO DE EPINEFRINA.**

ORDEN DE MEDICAMENTO

Epinefrina
Peso del estudiante
_____ lbs.

☐ **Epinefrina (0.15 mg)** inyectada por vía intramuscular
☐ **Epinefrina (0.30 mg)** inyectada por vía intramuscular

Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina 5 minutos o más después de la primera si los síntomas persisten o recurren. Los efectos secundarios de la epinefrina pueden incluir: ansiedad, temblores, palpitaciones, mareos, debilidad, hormigueo y palidez.

Antihistamínico No dependa de antihistamínicos o inhaladores**. En caso de duda, administre epinefrina y llame al 911.**	☐ **Cetirizine/Zyrtec** Dosis: Ruta: Frecuencia:	☐ **Diphenhydramine/Benadryl** Dosis: Ruta: Frecuencia:	☐ **Otro:** Dosis: Ruta: Frecuencia:

NOTA: Si una enfermera no está disponible, el plan de tratamiento anterior puede ser proporcionado por personal escolar capacitado para cualquier síntoma mencionado anteriormente.

Continúa en la página 2

Farmington Municipal Schools Health Services
Allergy Action Plan – Spanish Version

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**

AUTORIZACIÓN

Consentimiento de los padres/guardiánes: He recibido, revisado y entiendo la información anterior. Apruebo este plan. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren medicamentos y se comuniquen con quien receta, si es necesario. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y cualquier otro artículo necesario para el cuidado de mi estudiante. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesita saber sobre la condición de mi hijo.

Firma del padre/guardián: _____ **Fecha:** _____

Confirmo que el estudiante es capaz de llevar y administrar adecuadamente los medicamentos mencionados anteriormente ☐ Si ☐ No
Quiero que me notifiquen cada vez que se administre un medicamento en este formulario a mi estudiante. ☐ Si ☐ No

Firma del prescriptor: _____

Fecha: _____

- ☐ Administración de medicamentos/inhalador por personal capacitado
- ☐ El estudiante puede autoadministrarse bajo supervisión directa
- ☐ El estudiante puede llevar medicamentos por sí mismo.

Firma del enfermero de la escuela: _____ **Fecha:** _____