



LAKEWOOD SCHOOL DISTRICT

Inspiring Growth. Empowering Futures.

17110 16th Drive NE | Marysville, WA 98271 | 360-652-4500 (oficina) | 360-652-4502 (fax)

Authorization for Administration of Epi-Pen/Antihistamine at School Autorización para la administración de Epi-Pen/antihistamínico en la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F
Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

ANAFILAXIA ALERGIA A : _____

OTRAS ALERGIAS A : _____

¿Ha tenido el estudiante alguna reacción anafiláctica previa que haya requerido el uso de un EpiPen? ☐ Sí * ☐ No

(* En caso afirmativo, si se produce una exposición a un alérgeno o una posible exposición, el personal escolar administrará inmediatamente el autoinyector de epinefrina y llamará al 911).

¿El estudiante también padece asma? ☐ Sí* ☐ No (*Sí, significa que existe un mayor riesgo de reacción grave)

¿Le han recetado algún inhalador? ☐ Sí ☐ No

EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA completa esta sección: (*por favor, escriba en letra de imprenta*)

HEALTH CARE PROVIDER completes this section: (*please print*)

Antihistamine: _____ **Dose:** _____

☐ Tablet/Capsule ☐ Liquid ☐ Other _____

How soon can it be repeated? _____

Diagnosis/ Reason for Medication: _____

Significant Side Effects: _____

Epi-Pen: ☐ 0.15mg (JR) ☐ 0.30mg

Repeat Dose? ☐ Yes ☐ No **When to Repeat?** _____

Child may carry and self-administer Epi-Pen ☐ Yes ☐ No

Diagnosis/ Reason for Medication: _____

Significant Side Effects: _____

Indications for Administration of Epi-Pen/Antihistamine:

Mild Symptoms:

Mouth: Itching, tingling, or mild swelling of the lips

Skin: Mild itchy, few hives, and/or rash

Nose: Itchy or runny nose, sneezing

GI: Mild nausea and/or abdominal cramps

Give Checked Medications (please check only one):

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

Severe Symptoms:

Lungs: Shortness of breath, repetitive coughing, or wheezing

Throat: Tightening of throat, hoarseness, or hacking cough

Heart: Weak pulse, low blood pressure, fainting, pale or blue

Mouth: Significant swelling of tongue or lips

Skin: Severe hives or redness

GI: Significant nausea, repetitive vomiting or severe diarrhea

Other: Anxiety, confusion, or feeling like something bad will happen

Give Checked Medications (please check only one):

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

☐ Epi pen ☐ Antihistamine

Care Provider Signature: _____ **Date:** _____

Print Name: _____ **Phone #:** _____ **Fax #:** _____

El padre/madre o tutor legal completa esta sección:

Si su hijo/a tiene una reacción alérgica y no tiene de su EpiPen, ¿tiene la escuela permiso para utilizar un EpiPen genérico? ☐ Sí ☐ No

Solicito que se le permita a mi hijo/a tomar el medicamento según lo descrito anteriormente. Proporcionaré el medicamento en su envase original, debidamente etiquetado. Entiendo que si no recojo el medicamento sobrante al final del año escolar, será destruido. Autorizo al personal escolar a comunicarse libremente con este profesional de la salud. Entiendo que mi firma indica que comprendo que el personal escolar no será responsable de ninguna lesión cuando el medicamento se administre de acuerdo con las indicaciones del profesional de la salud y con las Políticas y Procedimientos del Distrito 3416 y 3416P.

Firma del padre/tutor : _____ Fecha: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de emergencia: _____

Para la escuela:

Reviewed by School Nurse: _____ **Date:** _____

Reviewed by District Nurse: _____ **Date:** _____