PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE ALERGIAS

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Coloque la fotografía del niño aquí

ALERGIA A: _____

Asmático: Sí ❑ * No ❑ ***Riesgo alto de reacción severa**

¿El estudiante tiene una inyección de epinefrina (Epi Pen) en la escuela? Sí ❑ No ❑

LOS SIGNOS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN:

Órgano:	**Síntoma:**
• **BOCA**	picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca
• **GARGANTA***	**picazón o sensación de opresión en la garganta, voz ronca, y tos seca**
• **PIEL**	urticaria, sarpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o las extremidades
• **INTESTINO**	náuseas, dolor abdominal, vómitos y/o diarrea
• **PULMÓN***	**dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias**
• **CORAZÓN***	**Pulso "filiforme", "desmayo"**

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente.
***¡Todos los síntomas mencionados arriba pueden evolucionar en una situación que amenace la vida!**

ACCIÓN: (Debe ser completado por el médico junto a los padres)

1. En caso de ingerir o si se sospecha exposición administrar _____ (medicación/dosis/vía)

y _____

_____

2. LLAME AL 911 (Específicamente "utilice los lineamientos ALS") _____

3. LLAME: Madre _____ Padre _____ o contactos de emergencia

4. LAME: Dr. _____ al _____

¡NO DUDE EN ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN RECETADA O LLAMAR AL EQUIPO DE RESCATE INCLUSO SI LOS PADRES O EL MÉDICO NO PUEDEN SER LOCALIZADOS!

EpiPen/Inhalador El estudiante es capaz y responsable de administrarse a sí mismo la medicación.

❑No ❑Sí (con supervisión) ❑Sí (sin supervisión). El estudiante debe llevar consigo el inhalador/Epi Pen ❑Sí ❑No

_____M.D._____ _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA	MIEMBROS CAPACITADOS DEL PERSONAL
1. _____	1. (imprenta)_____ Sala_____
Relación:_____ Teléfono: _____	Firma _____
2. _____	2. (imprenta)_____ Sala_____
Relación:_____ Teléfono: _____	Firma _____
3. _____	3. (imprenta)_____ Sala_____
Relación:_____ Teléfono: _____	Firma _____
	Enfermera Escolar: _____