ALERGIA

Distrito Escolar de Mamaroneck

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/clase: _____

Escuela: ❒ Central ❒ Chatsworth ❒ Mamaroneck Avenue ❒ Murray ❒ Hommocks ❒ High School ❒ Otra _____

ALERGIA A: _____

ID con FOTO

Madre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Padre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Contacto de emergencia: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Doctor de alergia: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Asmático(a): **❒ Sí*** **❒ No** *** Alto riesgo de reacción severa**

❒ **Si está marcado, administre epinefrina inmediatamente ante CUALQUIER síntoma si es probable que se haya consumido el alergógeno.**

Los signos de una reacción alérgica incluyen:

Sistemas:	**Síntomas:**
• Boca	picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca
• Garganta	picazón y/o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca
• Piel	urticaria, salpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o extremidades, enrojecimiento general
• Estómago	náusea, calambres abdominales, vómito y/o diarrea
• Pulmones	dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias
• Corazón	pulso débil, "desmayo", pálido, azul, mareo
• Otros	Sentir que algo malo está por suceder
	Cualquier combinación de síntomas de diferentes partes del cuerpo

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. ¡TODOS LOS SÍNTOMAS ANTERIORES PUEDEN POTENCIALMENTE PROGRESAR A UNA SITUACIÓN QUE AMENAZA LA VIDA!

ACCIÓN:

1. Llamar a la enfermera escolar o a la administración si la enfermera escolar no está disponible.
2. Si se sospecha una reacción alérgica, proporcionar un epinefrina o ayudar al estudiante a administrarse su propio de epinefrina. Favor de anotar la hora en que se administró la epinefrina.
3. Para administrar una epinefrina, debe haber recibido capacitación de la enfermera escolar.
4. Acostar al estudiante y levantarle las piernas. Si tiene dificultad para respirar o vomita, dejarlo sentarse o acostarse de lado.
5. Llamar al 911. Alertar sobre la necesidad de que un paramédico le administre epinefrina.
6. Alertar al contacto de emergencia.
7. Informar a la administración escolar que se ha llamado al 911.
8. Mantener calmado(a) al estudiante.

Medicamentos de emergencia: ❒ El estudiante es independiente y lleva su propio medicamento

Nombre de la medicina	Cantidad	Nombre de la medicina	Cantidad
3. Autoinyección de epinefrina	❒ Junior.15mg ❒ Adulto.30mg	Pulverizador nasal de epinefrina	❒ 1mg ❒ 2 mg

4. Se enviará antihistamínico* a las excursiones solo si el estudiante es auto-dirigido

* Las hojas de permiso de medicamento deben estar archivadas en la Oficina de Salud

¡No dude en administrar medicamento o llamar al 911 incluso si no podemos localizar a los padres!

Comentarios/Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

La firma del padre/la madre otorga permiso para hablar con el medico/profesional del estudiante y con el personal de la escuela según sea necesario.

4/26

PADRE – POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ALERGIA

Estimados Padres o Tutores:

Por favor complete la información a continuación y devuélvala a la Oficina de Salud lo antes posible. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, por favor notifique a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado/clase: _____

Historia general:

❍ Por favor indique a qué es alérgico su hijo(a) y qué sucede si lo come o entra en contacto con ello:

 # 1 ALÉRGICO(A) A: _____

¿Qué le sucede a su hijo(a) cuando come esto o entra en contacto con esto?

_____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) reaccionó a esto? _____

 # 2 ALÉRGICO(A) A: _____

¿Qué le sucede a su hijo(a) cuando come esto o entra en contacto con esto?

_____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) reaccionó a esto? _____

 # 3 ALÉRGICO(A) A: _____

¿Qué le sucede a su hijo(a) cuando come esto o entra en contacto con esto?

_____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) reaccionó a esto? _____

❍ Medicamentos que su hijo(a) toma en casa para su alergia:

Nombre	Dosis	Con qué frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• Efectos secundarios de los medicamentos que su hijo(a) experimenta: _____.

❍ Después de una reacción alérgica, ¿alguna vez ha tenido que darle a su hijo(a)?:

❍ Antihistamínico_____ ❍ Epinefrina Autoinyector/Epinefrina y aerosol nasal

❍ Número de veces que su hijo(a) ha tenido que ser llevado a un centro de emergencia por una reacción alérgica en los últimos 12 meses: _____

❍ Información adicional/instrucciones: _____

_____

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

4/26

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

ESCUELAS PÚBLICAS DE

MAMARONECK

1000 W. Boston Post Rd.

Mamaroneck NY 10543

914-220-3000

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Escuela: ❍ Central ❍ Chatsworth ❍ Mamaroneck Avenue ❍ Murray
❍ Hommocks ❍ High School ❍ Other _____

Fecha: _____

Nombre del médico/profesional: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo; Estado; Código postal: _____
Teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____

Para: Médico/profesional

Por favor libere toda la documentación médica y/u otra información del paciente nombrado arriba a la enfermera escolar y/o al médico escolar como sea requerido por un representante de la Oficina de Salud del Distrito.

_____ _____
Firma del padre/Tutor Fecha

LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR DENOTA PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON LOS EMPLEADOS CONFORME SEA NECESARIO.

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Provider and Parent Permission to Administer* EPINEPHRINE* Medication at School/School - Sponsored Events

To Be Completed by Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor_____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

_____ _____

Email **Phone Where We Can Reach You**

To Be Completed by Health Care Provider-Valid for the School Year

Diagnosis: Allergy: _____

Medication: ☐ **Epinephrine Auto Injector** ☐ **Epinephrine Nasal Spray**

Dose: ☐ **0.15 mg** ☐ **0.3 mg Route: IM Auto Injection** **Dose:** ☐ **2 mg** ☐ **1mg Route: Nasal Spray**

Time: PRN Severe Allergic Reaction

Recommendations: Call 911 if administered; call parent/guardian; call administrator

☐ **Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)**
NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self- administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

_____ _____ STAMP

Name/Title of Prescriber (Please Print) **Date**

_____ _____

Prescriber's Signature **Phone**

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Provider and Parent Permission to Administer* ANTIHISTAMINE * Medication at School/School - Sponsored Events

To Be Completed by Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor_____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

_____ _____

Email **Phone Where We Can Reach You**

To Be Completed by Health Care Provider-Valid for the School Year

Diagnosis: Allergy _____

Antihistamine: _____

Dose: _____**mg**_____ **Route: PO** **Time: PRN Allergic Reaction**

PRN, for what symptoms: _____

☐ **Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)**

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self- administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

_____ _____

Name/Title of Prescriber (Please Print) **Date**

_____ _____

Prescriber's Signature **Phone**

Stamp

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

PROVIDER ATTESTATION AND PARENT PERMISSIONS FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE

Directions for the Health Care Provider: This form may be used as an addendum to a medication order which does not contain the required diagnosis and attestation for a student to independently carry and use their medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** are needed for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that they can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school- sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- ❑ Allergy and requires Epinephrine Auto-injector and/or Epinephrine Nasal Spray
- ❑ Allergy and requires Antihistamine
- ❑ Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- ❑ Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- ❑ _____ which requires rapid administration of _____
  (State Diagnosis) (Medication Name)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use their medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school-sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ Date: _____

STAMP

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

GUÍAS PARA ESTUDIANTES CON ALERGIAS ALIMENTICIAS (Nivel Secundaria)

QUIÉN	RESPONSABILIDADES
DIRECTOR/ SUB-DIRECTORES	○ Informar al personal de custodia que la mesa **All** debe limpiarse a fondo cada vez que se consume comida en la cafetería, utilizando un paño limpio para evitar la contaminación cruzada ○ Revisar el material educativo anualmente de parte de la enfermera de la escuela para **Signos y síntomas de una reacción alérgica** ○ Identificar a los estudiantes con alergias que pueden ser elegibles para un plan 504 y referirlos al comité 504 ○ La enfermera le entregará una copia del Plan de acción de emergencia (EAP, por sus siglas en inglés) a cada estudiante ○ Informar al personal que no se utilizarán recompensas de alimentos ○ Informar al personal que se debe informar a los padres/tutores sobre la celebración de alimentos antes del evento de clase (Escuela Media Hommocks) ○ Proporcionar walkie-talkies para la comunicación entre la Oficina de Salud, la cafetería y el recreo al aire libre ○ Mantener una lista de miembros del personal con certificación vigente en CPR/AED ○ Desarrollar protocolos y capacitar al personal en funciones específicas en caso de emergencia
ENFERMERA	○ Solicitar toda la información del historial médico al padre/tutor ○ Estar disponible para que los padres/tutores discutan las necesidades de los estudiantes ○ Solicitar el consentimiento firmado del padre/tutor para hablar con el proveedor de atención médica ○ Proporcionar a los padres/tutores los siguientes formularios: • *Formulario de consentimiento* • *Hoja de permiso de medicamento/Formulario de certificación para cargar medicamente y usarlo* • *Plan de Acción de Emergencia (EAP, por sus siglas en inglés)* • *Pautas para estudiantes con alergias alimentarias* ○ Asegurarse que los medicamentos y los formularios se reciban de manera oportuna ○ Publicar **Signos y síntomas de una reacción alérgica** en la cafetería ○ Alentar a los padres/tutores a proporcionar a la Compañía de Servicios de Alimentos información sobre las alergias de los estudiantes ○ Alentar al padre/tutor a comunicarse con la instalación donde está planeado un viaje escolar ○ Distribuir material educativo anualmente sobre **Signos y síntomas de una reacción alérgica** ○ Colaborar con la administración para capacitar al personal y proporcionar un entorno seguro ○ Fomentar la capacitación sobre epinefrina para todos los miembros del personal ○ Proporcionar a los maestros un Plan de Acción de Emergencia (EAP, por sus siglas en inglés) ○ Epinefrina • Solicitar la hoja de permiso de medicamento y el EAP del padre/tutor • La epinefrina está en un gabinete marcado sin llave en la Oficina de Salud • Colocar un cartel en el botiquín que indique la ubicación de la epinefrina en la Oficina de Salud • Ofrecer capacitación sobre epinefrina para los miembros del personal • Hacer que el personal capacitado firme el formulario de capacitación sobre epinefrina • Se mostrará al personal capacitado en epinefrina dónde se guardan los autoinyectores de epinefrina de los estudiantes en la Oficina de Salud • Si el estudiante es designado Independiente, puede llevar consigo el autoinyector de epinefrina ○ No determinará ni aprobará la seguridad de los alimentos ○ Animar a los estudiantes a abogar por sí mismos

MAESTRO(A)	○ Apoyar a los padres/tutores de niños con alergias alimentarias ○ Revisar anualmente el material educativo de la enfermera para **Signos y síntomas de una reacción alérgica** ○ Publicar "**Signos y síntomas de una reacción alérgica**" en un área visible del salón de clases ○ Colocar una copia de la lista confidencial de salud del estudiante y copias de los EAP en la carpeta de sustitutos junto con el folleto de signos y síntomas de una reacción alérgica ○ Evitar el uso de alérgenos identificados en proyectos de clase, fiestas, días festivos y celebraciones, proyectos de arte, manualidades, experimentos científicos, cocina, refrigerios o recompensas. Modificar los materiales de clase según sea necesario. ○ Informar a los padres/tutores sobre la celebración de comida antes del evento de clase (Escuela Media Hommocks) ○ No determinará ni aprobará la seguridad de los alimentos ○ Asegurarse de que los asistentes del salón de clases y de la hora del almuerzo estén conscientes de las alergias de los estudiantes (Escuela Media Hommocks) ○ Fomentar el lavado de manos ○ Comunicar reglas y expectativas sobre el acoso relacionado con alergias alimentarias ○ Viajes de clase: • Notificar a la enfermera de la escuela al menos **dos semanas** antes del viaje • Notificar a los padres/tutores sobre los viajes escolares y, si se utilizará un servicio de alimentos externo, proporcionar a los padres la información de contacto • Un maestro capacitado o su designado llevará la epinefrina e información de emergencia del estudiante • Llevar el móvil a los viajes de clase ○ Guardar los almuerzos de los estudiantes alérgicos en una bolsa separada en los viajes escolares (Escuela Media Hommocks)
PADRE/ TUTOR	○ Notificar a la Oficina Escolar y de Salud sobre las alergias de los estudiantes ○ Trabajar con el equipo escolar para desarrollar un plan de acción de emergencia (EAP) que se adapte a las necesidades de los estudiantes, en el autobús escolar, durante el día escolar y, si es necesario, en actividades patrocinadas por la escuela. ○ Firmar el consentimiento con el proveedor de atención médica para divulgar información médica del estudiante ○ Proporcionar documentación médica escrita, instrucciones y medicamentos según las indicaciones de un proveedor de atención médica. Incluir una fotografía del estudiante en los formularios escritos. ○ Proporcionar medicamentos debidamente etiquetados (en la caja/frasco etiquetado original de la farmacia) y reemplazar los medicamentos después de su uso o al vencimiento. ○ Proporcionar a la enfermera y mantener actualizada toda la información médica pertinente sobre el estudiante, incluyendo los medicamentos y las órdenes de medicamentos ○ Proporcionar información de contacto de emergencia y mantenerla actualizada ○ Educar al estudiante en el autocontrol de su alergia alimentaria incluyendo: • alimentos seguros e inseguros • estrategias para evitar la exposición a alimentos inseguros • síntomas de reacciones alérgicas • cómo y cuándo decirle a un adulto que puede estar teniendo un problema relacionado con la alergia • cómo leer las etiquetas de los alimentos ○ Hablar con el estudiante sobre no compartir alimentos ○ Proporcionar el propio almuerzo de los estudiantes desde casa si es necesario ○ Comunicarse con la empresa de servicios de alimentos para asesorar y analizar las alergias alimentarias de los estudiantes. La información de contacto está disponible en el sitio web del distrito ○ Ponerse en contacto con el establecimiento donde está previsto un viaje escolar ○ Proporcionar al estudiante un brazalete de alerta médica si lo desea