

Plan de Acción de Emergencia para la Alergia/Anafilaxia

(Emergency Action Plan for Allergy/Anaphylaxis)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

El estudiante tiene alergia a:

El estudiante tiene asma: Sí (mayor riesgo de una reacción severa) No

Epinefrina: Inyecte por vía intramuscular usando un autoinyector: (tipo) _____ Dosis: 0.15 mg 0.3 mg

El estudiante puede llevar y autoadministrarse Sí (si no puede, un adulto debe administrar) No

Antihistamínico, por vía oral (tipo, dosis): _____

SI VES ESTO		HACER ESTO
ZONA VERDE: EVITACIÓN COMPLETA DE ALÉRGENO(S):	Sin síntomas	<ul style="list-style-type: none">No se necesita tratamientoSi el alérgeno está relacionado con los alimentos, continúe evitando que el estudiante entre en contacto y/o ingiera el producto alimenticio.Si el alérgeno está relacionado con insectos/medio ambiente, haga todo lo posible para evitar la exposición.
ZONA AMARILLA: SÍNTOMAS LEVES	NARIZ: Picazón, secreción nasal, estornudos PIEL: Algunas ronchas, picazón leve GUT: Náuseas/malestar leves	<ul style="list-style-type: none">Quédate con el estudianteMonitorear el empeoramiento de los síntomas.Notificar a los padresAdministre antihistamínico (si se recetó anteriormente)Si dos o más síntomas leves están presentes o los síntomas progresan: ADMINISTRAR EPINEFRINA y LLAMA AL 911
ZONA ROJA: SÍNTOMAS SEVEROS EMERGENCIA	PULMÓN: Dificultad para respirar, sibilancias, tos repetitiva GARGANTA: Apretada, ronca, dificultad para respirar/tragar BOCA: Hinchazón de la lengua y/o labios CORAZÓN: Pálido, azulado, débil, pulso débil, mareado PIEL: Mucha urticaria sobre el cuerpo, enrojecimiento generalizado GUT: vómitos repetitivos, diarrea severa OTROS: Sentir que algo malo está por suceder, confusión, agitación	<ul style="list-style-type: none">INYECTAR LA EPINEFRINA INMEDIATAMENTELLAMA AL 911<ul style="list-style-type: none">INFORME AL DESPACHADOR DE EMERGENCIAS QUE EL ESTUDIANTE TIENE ANAFILAXIA Y QUE SE PUEDE NECESITAR EPINEFRINA ADICIONAL CUANDO LLEGUEN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAQuédate con el estudianteManténgalo acostado, si el vómito o la dificultad para respirar se acuestan de lado.Notificar a los padres

Incluya cualquier información/intervención adicional relacionada con las alergias para garantizar que se satisfagan las necesidades del estudiante durante el día escolar:

Esta orden permanece vigente sólo durante el año académico actual y debe renovarse cada año escolar. La administración de este medicamento/tratamiento al estudiante durante el día escolar es necesaria para mantener y apoyar la presencia continua del estudiante en la escuela.

Firma del proveedor de atención médica Fecha Número de teléfono/Sello de la oficina

Permiso de los padres

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo(a) _____ reciba medicamentos/tratamiento durante el horario escolar. Este medicamento/tratamiento ha sido ordenado y recetado por un médico con licencia. Por la presente doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico que receta sobre el medicamento/tratamiento recetado. Por la presente libero a la Junta Escolar y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome el medicamento/tratamiento recetado. Este consentimiento es válido por un año y puede ser revocado en cualquier momento.

Proporcionaré todos los medicamentos para usar en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por un farmacéutico con información de identificación (nombre del niño, medicamento administrado, dosis recetada, hora/frecuencia en que debe administrarse o tomarse, la vía de administración, el número de dosis en el envase y la fecha de caducidad del medicamento). Todos los medicamentos de venta libre incluirán la orden de administración (primera parte de este formulario de autorización firmada por el médico) con los datos identificativos (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis prescrita según etiqueta y horario de administración o tomado), con el medicamento en el envase original.

Reemplazaré este medicamento cuando expire. Retiraré este medicamento de la escuela el último día de clases. Entiendo que los medicamentos que no sean recogidos serán destruidos después del último día de clases.

Firma del padre o tutor _____

Número(s) de teléfono: _____

Número de contacto de emergencia en caso de que no pueda ser localizado: _____

Lista de verificación de competencia del estudiante con enfermera para medicamentos autoadministrados

- He verbalizado el nombre de mi medicamento, le he informado a la enfermera cómo se prescribe y he demostrado competencia en el uso de este medicamento.
- Usaré este medicamento (y cualquier equipo que lo acompañe) solo según las indicaciones de mi médico.
- No compartiré mi medicamento con nadie. Compartir medicamentos o usarlos de forma distinta a la prescrita resultará en una acción disciplinaria.
- Notificaré a un maestro oa un miembro del personal si tengo dificultades o necesito ver a la enfermera.
- Mantendré mis medicamentos conmigo en todo momento mientras esté en la escuela—ubicación _____

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma de la enfermera (o personal capacitado) _____ Fecha _____