



Grado: _____ Identificación: _____

El plan de la salud escolar para la alergia

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Peso _____

Contacto de emergencia/Teléfono: _____

ALERGIA: (favor de marcar lo que sea apropiado) Debe de llenarlo un proveedor de la salud



Historial of anafilaxia No Sí

Historial de asma No Sí (aumenta el riesgo de que haya una reacción grave)

Látex (haga un círculo): Tipo I (anafilaxia) Tipo IV (dermatitis de contacto)

Alimentos (especifique):

Insectos (especifique):

Medicinas (especifique):

Otro (especifique/describa):

Cualquier SÍNTOMA GRAVE o más de un SÍNTOMA LEVE:
PULMONES: dificultad al respirar, sibilancia, tos
CORAZÓN: Pálido, se pone morado, pulso débil, mareado, desmayos
GARGANTA: picazón, opresión/cierre, ronquera
BOCA: Picazón, hinchazón de labios y/o de la lengua
PIEL: Urticaria abundante por todo el cuerpo, enrojecimiento en un área extendida
ESTÓMAGO: Vómito, diarrea, cólicos
Otro: ansiedad, confusión, sensación de temor/de que algo malo sucederá

Síntomas de una reacción alérgica LEVE podría incluir:
 Picazón en la nariz, estornudar, picazón en la boca
 Unas cuantas ronchas
 Náuseas leves o malestar estomacal leve

INYECTAR EPINEFRINA **Llamar al 911**

- Apunte la hora en que se le inyectó la epinefrina.
- Colocar en posición supina o sentado en posición vertical y supervisar de cerca
- Repetir Epinefrina en 5 minutos si los síntomas persisten / empeoran
- Darle las medicinas adicionales

--- Antihistamínico
 --- Inhalador (broncodilatador)
 *NO USE otra medicina en lugar de la epinefrina.

Quédese con el estudiante; supervíselo de cerca

- Si los síntomas no progresan suministre antihistamínico
- Llamar al padre de familia/a la enfermera de la escuela
- Si se desarrollan síntomas graves USE LA EPINEFRINA

MEDICINA/DOSIS

Epinefrina, intramuscular (escriba el tipo): _____ **Dosis:** 0.3mg 0.15mg

si lo marcó, el estudiante le tiene alergia grave a _____ Administre epinefrina para los síntomas LEVES.

Inhalador/broncodilatador: _____
(marca/medicina) (dosis/frecuencia)

Antihistamínico:

leve/un síntoma después de observar por _____ minutos _____
(marca/medicina) (dosis/frecuencia)

reacción grave, después de suministrar la epinefrina, si puede tragar _____
(marca/medicina) (dosis)

Auto-Inyectarse La ley de Texas les permite a los estudiantes portar y usar auto-inyectadores de epinefrina e inhaladores con receta médica en la escuela (Se recomienda tener medicamentos de repuesto en la escuela en caso de que se le olvide al estudiante o pierda su medicamento.)

Se le ha enseñado a este estudiante el uso apropiado de su medicamento de emergencia, y tanto el proveedor como el padre de familia piensan que el estudiante puede portar y suministrarse él mismo su auto-inyectador de epinefrina inhalador en la escuela.

El estudiante necesita supervisión o ayuda, y **NO** debe portar su medicamento de emergencia en la escuela.

(Physician/Provider Signature) (Print Name) (Date) (Phone)



Grado: _____ Identificación: _____

Padre de familia/Representante legal y estudiante

¿Cómo llega a la casa su niño? Lo recogerá el padre de familia La guardería lo recogerá Caminará Maneja Autobús
 Los programas antes/después de la escuela/las actividades extracurriculares: ROCK Deportes Banda
 Drill Team (equipo de entrenamiento) Porristas Otro (especifique): _____
 Sí No Quisiera que mis compañeros de clase y/o sus padres estén al tanto de mi alergia a ciertos alimentos.

Estudiantes de primaria: Sí No Deseo que mi niño se siente en La zona del conocimiento de los alérgenos del maní/nueces en el comedor.

La auto-administración de los estudiantes (ponga sus iniciales en cada declaración para indicar que está de acuerdo):
 ___ He sido entrenado en el uso de mi autoinyector de epinefrina inhalador y entiendo las señales y los síntomas para los cuáles se debe suministrar.
 ___ Entiendo que es mi responsabilidad tener mi medicamento conmigo durante las horas de la escuela, durante las actividades escolares y los paseos escolares.
 ___ Le avisaré a algún adulto **INMEDIATAMENTE** cuando se haya usado la epinefrina (maestro, enfermera, entrenador)
 ___ No compartiré, ni dejaré fuera de mi vista, ni usaré mi medicamento de alguna otra manera que no sea cómo se me haya recetado.
 ___ Le informaré a la enfermera de la escuela y a mis padres si se me pierde mi medicamento, si alguien me lo roba, me lo daña o si está vencido.
Firma del estudiante (si se autoinyecta): _____ Fecha: _____

¿Le ha dado medicina adicional a la escuela para que la guarde? Sí No Se recomienda que la escuela guarde medicina adicional en caso de que al estudiante se le olvide o se le pierde su medicamento. El distrito escolar no es responsable ni se hará responsable si no se le provee medicina adicional y si el estudiante no tiene la medicina necesaria que funcione cuando se necesite. **Su firma le brinda el permiso a la enfermera para que implemente este plan de salud y para que se ponga en contacto con su proveedor del cuidado de la salud y para que reciba información adicional acerca del padecimiento de la(s) alergia(s) y de la medicina recetada. El plan de la salud escolar para la alergia se compartirá con el personal de la escuela que tenga un interés educativo legítimo.**

Firma del padre de familia/Representante legal: _____ Teléfono: _____ Fecha _____

This Section for Staff Use Only

Interventions: (check box to indicate activities appropriate for the student)

Select	Staff/Campus Interventions/Activities	Date/Initials
<input type="checkbox"/>	Notify teachers, office staff, coaches/sponsors/extra-curricular; instruct on prevention & avoidance	
<input type="checkbox"/>	Notify cafeteria manager so food allergy alert can be placed on student's meal account	
<input type="checkbox"/>	Provide cafeteria manager completed <i>Special Diet Request</i> form	
<input type="checkbox"/>	Develop emergency response plan for administration of prescribed emergency medication	
<input type="checkbox"/>	Implement latex precautions:	
<input type="checkbox"/>	Assist teacher with classroom allergen safety; encourage allergen-aware class	
<input type="checkbox"/>	Monitor environment and implement restrictions when:	
<input type="checkbox"/>	Collaborate with staff to address issues that may be present during trips or off-campus locations	
<input type="checkbox"/>	Notify lunch monitors/teachers about allergy and allergen-aware seating preference	
<input type="checkbox"/>		
Select	Student Interventions	Date/Initials
<input type="checkbox"/>	Instruct student on medication safety, including methods for assuring correct administration	
<input type="checkbox"/>	Provide/review self-administration training with student who carries their <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> inhaler	
<input type="checkbox"/>	Reinforce/review student's medication self-carry responsibilities	
<input type="checkbox"/>	Encourage the use of medical alert jewelry	
<input type="checkbox"/>	Review/assess student's ability to identify allergen/potential sources and avoidance ability: <input type="checkbox"/> independent <input type="checkbox"/> requires supervision/assistance <input type="checkbox"/> dependent	
<input type="checkbox"/>		

Outcomes: Exposure to known allergens will be avoided at school; student will demonstrate age-appropriate self-care, including ability to identify and avoid allergen(s).

Indicate Staff Trained to Administer Medication (skills training checklists on file in campus clinic):

Campus RN signature/initials: _____ / _____ **Date:** _____ **Tel** _____