

**POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
CONSENTIMIENTO/PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA ALERGIA A UN MEDICAMENTO**

Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Maestro: _____

Alergia a: _____

¿Ha sido diagnosticado con asma? No Sí (alto riesgo por reacción severa)

PHYSICIAN PLEASE COMPLETE THIS SECTION

El Código de Educación de California Sección 49423 y 49423.1 permite a la enfermera escolar u otro personal escolar designado para ayudar a los alumnos que necesitan tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio se provee para permitir que el alumno permanezca en la escuela y mantener o mejorar su estado de salud para un mejor rendimiento académico. A menos que se indique lo contrario, esta orden expira el último día de clases del año en curso o año extendido; por ejemplo, escuela de verano.

Síntomas: Marque síntomas para tratamiento

De Medicamento Marcado

- | | | |
|---|-----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Si ingiere comida a la que tiene alergia pero no hay síntomas: | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Boca Picazón e inflamación en los labios, la lengua, o boca | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Piel Ronchas, erupción de la piel con picazón, hinchazón en la cara o extremidades | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Intestino Náusea, calambres abdominales, vómitos, diarrea | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Garganta Picazón y/o sensación de tirantez en la garganta, ronquera, tos seca recurrente | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Pulmón Falta de respiración, tos repetitivo, respiración silbante | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Corazón Pulso débil, presión baja, desmayos, palidez | ___EpiPen | ___Antihistamine |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | ___EpiPen | ___Antihistamine |

¡LLAME AL 911! La gravedad de los síntomas pueden cambiar rápidamente. Estos síntomas pueden progresar y poner en peligro su vida. Indique si ha recibido tratamiento sobre una reacción alérgica y puede ser necesario más Epinephrine.

MEDICAMENTOS PARA ADMINISTRAR

Epinephrine: inyecte sobre el muslo **Dosis:** _____

Antihistamine: _____
Medicamento, dosis, vía de administración, frecuencia

Otro: _____
Medicamento, dosis, vía de administración, frecuencia

Medication administered until: _____

Physician's Signature _____ Date: _____ NPI#: _____

Print Physician's Name: _____ Phone: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES/TUTORES

Yo autorizo al personal escolar para que administre el medicamento arriba mencionado a mi hijo(a) de acuerdo con las órdenes del médico. Yo doy mi consentimiento para que la enfermera escolar se comunique directamente con nuestro médico, si es necesario, con respecto a cualquier duda o pregunta relacionadas a la administración de éste medicamento.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono de Casa: _____ Otro teléfono: _____