

PLAN DE ACCION PARA ALERGIAS
Escuelas del Condado de Santa Cruz

FOTO

Nombre de Estudiante: _____ FDN: _____ Asma: S / N

Lista de Alergias: _____



PADRES – FAVOR DE PROPORCIONAR LA AUTO-INYECCION DE EPINEFRINA, LA CUAL NO TENDRA CADUCACION DURANTE EL AÑO ESCOLAR

Solicito que se permita a mi hijo tomar medicamentos en la escuela de acuerdo con las instrucciones de su médico. Entiendo que es mi responsabilidad llevar el medicamento en el envase original de la farmacia rotulado con el nombre del estudiante, el medicamento, la dosis y las instrucciones (Código Ed 49423). Autorizo al personal de la escuela a ayudar con este medicamento para mi hijo según lo ordenado por el médico. Entiendo que personal capacitado y no médico puede ayudar o administrar medicamentos (Código Ed 49423 y 49480). Yo notificaré a la escuela de cualquier cambio en el medicamento. Entiendo que la enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica acerca de este estudiante cuando sea necesario.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Teléfono

MEDICO-- COMPLETE LA LISTA DE MEDICAMENTOS AQUI DEBAJO Y MARQUE TODO LO QUE APLIQUE

- Epinefrina Auto-Inyección _____ CIRCULE DOSIS: Epinefrina 0.15 mg Epinefrina 0.30 mg
 SE PUEDE DAR UNA SEGUNDA DOSIS DE EPINEFRINA 10-15 MINUTOS DESPUES DE LA PRIMERA DOSIS, SI LOS SINTOMAS PERSISTEN O RECURREN
- *Antihistamínico: _____ Administrar por boca DOSIS: _____
- *Inhalador: _____ DOSIS: _____ Soplos Cada _____ Horas

Si esta caja está marcada, administre epinefrina inmediatamente si el alérgeno definitivamente fue comido, aun si no existe ningún síntoma

SINTOMAS SEVEROS	ACCION
<p>Cualquier SINTOMA SEVERO después de ingestión sospechada /Expuesto: UNO O MAS DE LO SIGUIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PULMONES: Dificultad al respirar, resollar, Dificultad con el Habla ▪ CORAZON: Pálido, Azul, Débil, Mareado, Confundido, Pulso Débil ▪ GARGANTA: Apretada, Ronco, Dificultad al Respirar /Pasar ▪ BOCA: Hinchazón significativa de la lengua o labios ▪ PIEL: Urticaria en el cuerpo, rojex extendido ▪ G.I.: Vomito repetitivo o Diarrea Severa ▪ OTRO: Sentir que algo mal ova a suceder, ansiedad, confusión <p>O una combinación de síntomas leves o severos de diferentes áreas del cuerpo</p>	<p>1. INJECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE 2. LLAME EL 911 3. COMIENZE OBSERVACION (VEA CUADRO DEBAJO) 4. ADMINISTRE MEDICINA ADICIONAL SI SE ORDENA ARRIBA * .</p> <p>*No se debe depender de antihistaminicos & inhaladores/broncodilatadores para tratar una reacción severa (anafilaxia). USE EPINEFRINA</p>
<p>SINTOMAS LEVES SOLAMENTE</p> <p>Cualquier SINTOMA LEVE solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BOCA: Comezón en la boca ▪ NARIZ: Comezón, Moqueo, Estomudo ▪ PIEL: Urticaria leve, Comezón Leve ▪ G.I.: Nausea leve, Incomodidad 	<p>ACCION</p> <p>1. ADMINISTRE ANTIHISTAMINICO, SI SE ORDENA ARRIBA 2. Quédese con estudiante. Avise a la Oficina y Padres/Contactos de Emergencia 3. SI LOS SINTOMAS SE VUELVEN SEVEROS, VEA ARRIBA, USE EPINEFRINA Y LLAME AL 911 4. Comience observación (vea debajo)</p>

OBSERVAR

1. Quédese con el estudiante
2. Diga a los Paramédicos que se administró Epinefrina, **anote la hora**. Si se administra una segunda dosis, **anote la hora**.
3. Para una reacción severa: **MANTENGA AL ESTUDIANTE DE FORMA HORIZONTAL – PIERNAS ELEVADAS – VOLTÉE DE LADO SI ESTA MAREADO**
4. Una segunda dosis de Epinefrina puede ser administrada 10-15 minutos después de la primer dosis si está marcado arriba.
5. **Si la respiración se detiene en cualquier momento durante el procedimiento, comience primeros auxilios inmediatamente.**

El estudiante debe cargar medicamento y auto-administrar. El proveedor de atención médica ha confirmado que el estudiante es capaz de auto-administrarse apropiadamente el medicamento anterior. Si el estudiante es menor de 18 años, el padre / tutor asume toda responsabilidad relacionada con el uso, el momento y la técnica de este paciente al administrarse este medicamento por sí mismo.

Firma del Medico: _____ Fecha: _____



Contrato del Estudiante de Cargar su propio medicamento: Seré responsable de transportar, administrar y mantener mi medicamento seguro en todo momento. Usaré el medicamento de la manera prescrita por mi médico. No mostraré o compartiré mi medicamento con otros estudiantes.

Firma: _____