Plan de actuación ante alergias y autorización para la administración de medicamentos de Nuevo México

Distrito escolar / Nombre de la escuela: _____ **Año escolar:** _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _ **N.º de identificación escolar:** _
Padre/madre o tutor legal: _____ Número de teléfono de contacto: _____
Otro contacto de emergencia: _____ Número de teléfono de contacto de emergencia: _____
Nombre del alergólogo/médico: _____ Número de teléfono del alergólogo/médico: _____

Alergia: _____ Antecedentes de reacción anafiláctica grave: □ Sí □ No
□ En caso de alergia alimentaria, facilite la documentación correspondiente a los servicios de nutrición escolar según la política del distrito, si procede.

Si el/la estudiante presenta síntomas LEVES:

PIEL: algunas ronchas, picor leve, hinchazón de los labios NARIZ: picor, secreción nasal, estornudos INTESTINO: náuseas leves, malestar, un solo vómito	Haga esto DO THIS	1. Quédese con el/la estudiante y adminístrele un antihistamínico según se indica a continuación 2. Si se presentan dos o más síntomas leves o si los síntomas empeoran, ADMINISTRE EPINEFRINA y siga las instrucciones que se indican a continuación

Si el/la estudiante presenta síntomas GRAVES:

PULMONES: Dificultad para respirar, sibilancias, tos BOCA: Hinchazón visible de la lengua GARGANTA: Opresión, ronquera, dificultad para tragar PIEL: Numerosas ronchas por todo el cuerpo, color rojo/púrpura/gris generalizado CORAZÓN: Desmayo, pulso débil, mareos, palidez, piel, labios y uñas azulados o grisáceos INTESTINOS: Vómitos o diarrea continuos OTROS: Sensación de que algo malo está a punto de suceder, confusión/agitación	Haga esto DO THIS	1. **ADMINISTRA EPINEFRINA inmediatamente y anota la hora en que se administra.** Permanezca con el/la estudiante. 2. **Llame al 911/Servicios de Emergencia Médica** y permanezca en línea con ellos **Si el/la estudiante sigue teniendo dificultades para respirar, síntomas en la garganta, síntomas cardíacos, vómitos, ha dejado de responder o está aún menos alerta o ha perdido el conocimiento:** **ADMINISTRE UNA SEGUNDA DOSIS DE EPINEFRINA** *(si se dispone de ella)* En caso de síntomas cardíacos o tras administrar 2 dosis de epinefrina, acueste al/a la estudiante boca arriba con las piernas elevadas. Si presenta dificultad para respirar o vómitos, haga que se siente o se acueste de lado.

PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS y AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO

Epinefrina:	**Antihistamínico:**	**Otros medicamentos:** (incluido el inhalador)
Autoinyector □ 0,1 mg □ 0,15 mg □ 0,3 mg (inyectar por vía intramuscular) Aerosol nasal: □ 1 mg □ 2 mg (1 pulverización en cada fosa nasal) *Se puede administrar una **segunda dosis** de epinefrina **5 minutos** o más tras la primera dosis si los síntomas persisten, reaparecen o empeoran.*	Cetirizina Dosis: _____mg Vía de administración: _____	Nombre del medicamento: _____ Instrucciones: _____ Nombre del medicamento: _____ Instrucciones: _____

Firma del médico prescriptor: _____ **Fecha:** _____
Si procede: *Confirmo que el/la estudiante es capaz de llevar consigo y administrarse de forma segura el medicamento mencionado anteriormente* □ Sí □ No

Autorizaciones de los padres/tutores legales y de la enfermera escolar

Consentimiento de los padres/tutores legales: He recibido, revisado y comprendido la información anterior. Apruebo este Plan de Acción para Alergias. Doy mi permiso para que la enfermera escolar y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren los medicamentos y se pongan en contacto con mi médico, si es necesario. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados. Doy mi

autorizo al centro educativo a compartir la información anterior con el personal del centro que necesite conocer la situación de mi hijo/a.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Si procede: *Confirmo que mi hijo/a es capaz de llevar consigo de forma segura y administrarse correctamente la medicación mencionada* □ Sí □ No

1/2026 - Basado en *el Plan de Acción para la Anafilaxia de la Fundación Americana del Asma y la Alergia (AAFA)*