

PLAN DE ACCIÓN DE ALERGIA A ALIMENTOS/INSECTOS Y EMERGENCIA DE NM Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Distrito Escolar / Nombre de la Escuela _____ Fecha _____

www.foodallergy.org

Nombre del Estudiante	Fecha de Nac	# del Estudiante
*Nombre del Proveedor de Atención Médica/Título	# de la Oficina del Proveedor / # de FAX	
Padre de Familia/Tutor(a) Legal	#s Teléfono del Padre de Familia	
Contacto de Emergencia	#s de Teléfono del Contacto	

Coloque la foto del estudiante en este espacio

<p>Alergias Potencialmente Mortales Conocidas:</p> <p>¿Diagnóstico de alergia leve? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Por favor liste los alérgenos:</p>	<p>¿Historial de Asma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>(El asma puede indicar un mayor riesgo de reacción severa)</p> <hr/> <p>¿Historial de Reacción Anafiláctica GRAVE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si marcó SÍ, ¡administre epinefrina inmediatamente! Administre epinefrina si es probable que haya ingerido el alérgeno, al inicio de cualquier síntoma, o si definitivamente ha ingerido el alérgeno, incluso si no se notan síntomas.</p>
--	--

PLAN DE TRATAMIENTO	<p>PARA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GRAVES:</p> <p>PULMÓN: Dificultad para respirar o tragar, sibilancias, tos</p> <p>CORAZÓN: Mareo, desmayo, confusión, palidez, azul, pulso débil/2234</p> <p>GARGANTA: Apretada, ronca, dificultad para respirar/tragar, babeo</p> <p>BOCA: Hinchazón significativa de lengua, labios</p> <p>PIEL: Mucha urticaria en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado en todo el cuerpo</p> <p>INTESTINAL: Náuseas, vómitos repetitivos, diarrea severa, calambres</p> <p>Otros: Sentir que algo malo está por suceder, ansiedad, confusión</p>	<p>SIGA ESTE PROTOCOLO:</p> <p>1. ¡INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE! (Apunte la hora)</p> <p>2. Llame al 911. Pida una ambulancia con epinefrina.</p> <p>3. No cuelgue y no deje al estudiante</p> <p>4. Dé medicamentos adicionales según la receta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínico (si se ordena enseguida) • Inhalador (Albuterol) si el estudiante tiene asma <p>5. Acueste al estudiante y levántele las piernas. Si tiene dificultad para respirar o si vomita, siéntelo(a) o acuéstelo(a) de lado</p> <p>6. Avísele a la Enfermera(o) Escolar y a los Padres/Tutores</p> <p>7. Avísele al Proveedor Prescriptor / Médico Primario (PCP)</p> <p>8. Estudiante será transportado(a) a la Sala de Emergencia</p>
	<p><input type="checkbox"/> SÍNTOMAS LEVES DE ALERGIA (SI SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO ANTERIOR):</p> <p>BOCA: Comezón en la boca, labios, lengua y/o garganta</p> <p>PIEL: Comezón en la boca</p> <p>NARIZ: picazón/secreción nasal</p> <p>INTESTINAL: Náuseas/molestias leves</p>	<p>1. DÉ ANTIHISTAMINICO según lo recetado</p> <p>2. Monitoree al estudiante; alerte a los contactos de emergencia</p> <p>3. Observe estrechamente al estudiante para ver si hay cambios</p> <p>4. Si empeoran los síntomas, SIGA EL PROTOCOLO DE LA EPINEFRINA (véase arriba)</p>

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. ¡¡TODOS LOS SÍNTOMAS DE ANAFILAXIS PUEDEN PROGRESAR POTENCIALMENTE A UNA SITUACIÓN QUE AMENAZA LA VIDA!!

ORDEN DE MEDICAMENTOS	<p>Epinefrina</p> <p>Peso del Estudiante _____ lbs.</p>	<p><input type="checkbox"/> Epinefrina (0.15mg) inyección intramuscular Epi Pen Auvi Q Adrenaclick</p> <p><input type="checkbox"/> Epinefrina (0.3mg) inyección intramuscular Epi Pen Auvi Q Adrenaclick</p> <p>Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina 5 minutos o más después de la primera si los síntomas persisten o vuelven a aparecer.</p>
	<p>Antihistamínico</p> <p>No dependa de antihistamínicos (o inhaladores). En caso de duda, administre epinefrina y llame al 911.</p>	<p><input type="checkbox"/> Benadryl/Difenhidramina</p> <p>Dosis: _____</p> <p>Ruta: PO</p> <p>Frecuencia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Dosis: _____</p> <p>Ruta: _____</p> <p>LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA EPINEFRINA PUEDEN INCLUIR: ANSIEDAD, TREMOR, PALPITACIONES, MAREOS, DEBILIDAD, HORMIGUEO Y PALIDEZ</p>
<p>NOTA: SI LA/EL ENFERMERA(O) NO ESTÁ DISPONIBLE, EL PLAN DE TRATAMIENTO ANTERIOR PUEDE SER PROPORCIONADO POR PERSONAL ESCOLAR CAPACITADO PARA CUALQUIER SÍNTOMA DE ANAFILAXIA.</p>		

DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, EL PADRE DE FAMILIA Y LA ENFERMERA ESCOLAR

AUTORIZACIÓN	<p>*Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre impreso: _____ Teléfono: _____</p> <p>Confirmando que el estudiante puede portar con seguridad y administrar correctamente los medicamentos anteriores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Enfermera(o) Escolar:</p> <p>He revisado esta orden y he completado el plan de atención de emergencia para alergias y lo compartí con el personal escolar capacitado.</p> <p>_____</p> <p>Firma / Fecha</p> <p>_____</p> <p>El medicamento vence el:</p> <p>_____</p>
	<p>Consentimiento del Padre de Familia/Tutor(a) Legal: He recibido, revisado y entiendo la información anterior. Apruebo este Plan de acción contra la alergia. Doy mi permiso para que la/el enfermera(o) escolar y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren medicamentos y se comuniquen con mi proveedor, si es necesario. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesite saber sobre la condición de mi hijo(a).</p>	
	<p>Firma del Padre de Familia/Tutor(a) Legal: _____ Fecha: _____</p> <p>Confirmando que mi hijo(a) puede portar con seguridad y administrar apropiadamente los medicamentos anteriores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	