

RED OAK ISD

PLAN DE ACCION PARA ALERGIAS SEVERAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/maestro: _____

HISTORIA DE REACCIONES ALERGICAS

Alérgico/a a: _____ Edad de diagnostico _____
La reacción alérgica se ocasionó cuando la sustancia fue: ___Ingerida (comida) ___Tocada ___Inhalada
Describe lo ocurrido (liste los síntomas): _____

¿Se utilizó una inyección de emergencia para tratar la reacción? _____ Si fue así, ¿cuándo? _____
¿Fue el estudiante tratado en la sala de emergencia? _____ Si fue así, ¿cuándo? _____
¿Toma usted alguna precaución para reducir el riesgo de una reacción alérgica? _____

¿Tiene el estudiante un historial de asma? No _____ *Si _____ (*Alto riesgo de una reacción severa)
Para solicitar una dieta especial o un plan de comida modificado en la escuela, por favor comuníquese con la enfermera de su escuela.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Doctor: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
2. Nombre: _____ Teléfonos: _____
Relación: _____ Dirección: _____
3. Nombre: _____ Teléfonos: _____
Relación: _____ Dirección: _____

SI LOS PADRES/GUARDIANES o EL DOCTOR NO SE LOGRAN CONTACTAR, NO DUDE EN ADMINSTRAR EL MEDICAMENTO O LLAMAR AL 911 PARA TRANSPORTAR A UNA FACILIDAD MEDICA

SEÑALES DE REACCION ALERGICA:

- BOCA** Picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca.
PIEL Ronchas, irritación con picazón, y/o hinchazón de la cara o extremidades.
ESTOMAGO Nausea, calambre abdominal, vomito, y/o diarrea.
GARGANTA* Picazón y/o presión en la garganta, ronquera y tos seca.
PULMONES* Respiración corta, tos repetitiva y/o jadeo.
CORAZON* Latido débil, pulso débil, desmayo.

La severidad de los síntomas puede cambiar rápidamente.

****Todos los síntomas nombrados anteriormente pueden escalar y convertirse en una situación fatal.***

Coloque la foto
del estudiante
aquí

AUTORIZACION DEL PLAN DE ACCION DE EMERGENCIA Y MEDICAMENTO

(Esta forma debe ser diligenciada por el doctor)

PARA REACCIONES ALERGICAS SEVERAS/ANAFILAXIA CONOCIDAS O SOSPECHADAS:

- Administre EPINEPHRINE intramuscularmente (*Doctor, seleccione una*)
EpiPen 0.3mg EpiPen Jr. 0.15mg Twinject 0.3mg Twinject 0.15mg
- Para reacciones leves (irritación únicamente) o además de la inyección de Epinephrine administre:
Antihistamínico: _____ Dosis: _____ Via: _____
Otro: _____
- **LLAME AL 911/EQUIPO DE RESCATE.** Notifique al equipo médico que la reacción alérgica se ha tratado ya que una administración adicional de Epinephrine se puede necesitar.
Permiso es otorgado al personal designado en la escuela para administrar al estudiante en cuestión, el medicamento que se mencionó anteriormente como lo prescribió el doctor

Firma del doctor: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/guardián: _____ **Fecha:** _____

**Mi firma indica que estoy dando autorización al personal de ROISD para contactar al doctor en caso que información adicional sea necesaria*