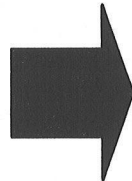


PLAN DE ACCIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO PARA ALERGI A SEVERA EN GRAND PRAIRIE ISD

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ ALÉRGICO(A) A: _____ ¿Tiene asma? NO SÍ (el asma aumenta el riesgo de una reacción severa)	FECHA DE NAC.: _____ GRADO: _____	Foto
--	--------------------------------------	------

SÍNTOMAS SEVEROS DESPUÉS DE INGESTIÓN SOSPECHADA

Pulmones: falta de aire, ruido silbante, tos repetitiva
Corazón: pálido, azul, a punto de desmayarse, pulso débil, mareado, desorientado
Garganta: tensión, ronquedad, dificultad en respirar o tragar
Boca: inflamación obstructiva (lengua)
Piel: erupciones en todo el cuerpo (combinación) urticaria, sarpullido, hinchazón
Abdomen: vómito, diarrea, calambre, dolor



INYECCIÓN INMEDIATA DE EPINEFRINA

*****Llamar al 911*****

- Comenzar monitoreo (véase abajo)
- Medicamentos adicionales: - Antihistamínico
- Albuterol

En caso de dudas, use epinefrina. Los síntomas pueden empeorarse rápidamente

** No recurra a antihistamínicos o broncodiladores para tratar una reacción anafiláctica – ¡USE EL EPI-PEN!

SÍNTOMAS LIVIANOS SOLAMENTE

Boca: comezón en la boca
Piel: unas pocas erupciones en la boca o la cara, comezón ligero



ADMINISTRAR ANTIHISTAMÍNICO

Quedarse con el niño, avisar a la enfermera y al padre de familia
 Si los síntomas se empeoran (véase arriba): INYECTE el Epi-Pen

MONITOREO: Quédense con el niño. Informe al EMT sobre la administración de epinefrina. Una segunda dosis de epinefrina se puede dar unos minutos después de la primera si los síntomas persisten o recurren. En caso de una reacción severa, considere mantener al niño acostado con las piernas levantadas. Administre el tratamiento aunque sea imposible comunicarse con los padres.

Instrucciones del Médico

Medicamentos (Marca y Dosis):	Instrucciones:
EPINEFRINA:	
ANTIISTAMÍNICO:	
OTROS (POR EJEMPLO, INHALADOR):	

El estudiante **SÍ PUEDE** llevar y administrar epinefrina El estudiante **NO PUEDE** llevar y administrar epinefrina

Administrar epinefrina por **CUALQUIER** síntoma si posiblemente se ha expuesto al alérgeno **SÍ** **NO**

Administrar epinefrina **ANTES** de que se manifiesten síntomas si definitivamente se ha expuesto al alérgeno **SÍ** **NO**

Nombre del médico (letra de molde) _____ **Tel:** _____

Firma del proveedor licenciado: _____ **Fecha:** _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Padre/Tutor: _____ Tel: () _____

Nombre/Parentesco: _____ Tel: () _____

Nombre/Parentesco: _____ Tel: () _____

Autorizo al personal del Distrito a tomar la acción necesaria en proporcionar servicios médicos de acuerdo con este plan, incluyendo la administración de medicamento a mi-hijo(a). También autorizo al personal del Distrito a divulgar de manera apropiada si es necesario la información médica privada de mi hijo(a) a ayudantes y voluntarios en eventos escolares para asegurar la protección de mi hijo(a) y la prevención de una reacción alérgica, o el tratamiento de emergencia y la implementación de este plan.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____