

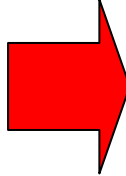
PLAN DE ACCIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO PARA ALERGIA SEVERA EN GRAND PRAIRIE ISD

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
MAESTRO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_  
ALÉRGICO(A) A: \_\_\_\_\_



¿Tiene asma? NO SÍ (el asma aumenta el riesgo de una reacción severa)

**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

<u>Medicamentos (Marca y Dosis):</u>	<u>Instrucciones:</u>
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: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN**

- Apunte la información sobre la reacción, quién ayudó en la intervención, y quién observó el evento.
- Trate de conservar el alimento consumido antes de la reacción; póngalo en una bolsa de plástico (alergia alimenticia)
- Si el alimento es de la cafetería escolar, repase las etiquetas de los alimentos con el gerente de la cafetería (alergia alimenticia)

**Seguimiento**

- Repase los hechos sobre la reacción con el estudiante y sus padres y proporcione tales hechos a los que observaron la reacción o con los que interactúan con el estudiante, según la necesidad indicada. Las explicaciones deben ser apropiadas para la edad. Haga cambios necesarios al Plan de Acción de Emergencia, Plan de Salud Individual y/o el Plan de 504. Especifique los cambios para prevenir otra reacción.

**PERSONAL ENTRENADO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN DE MEDICAMENTO**

- El estudiante lo tiene \_\_\_\_\_
- Clínica/área designada para medicamento \_\_\_\_\_
- Otro lugar: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE REACCIÓN ALÉRGICA**

Alérgico(a) a: \_\_\_\_\_ Edad de detección \_\_\_\_\_

La reacción se inició cuando la sustancia fue: (CIRCULE) Consumida Tocada Inhalada Otro: \_\_\_\_\_

Describe lo que pasó (apunte los síntomas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue utilizada una inyección de epinefrina (Epi Pen) para la reacción alérgica? (CIRCULE) Sí No

¿El estudiante fue enviado a emergencias o fue hospitalizado como resultado de una reacción alérgica? (CIRCULE) Sí No

De ser sí, ¿cuándo sucedió tal evento? \_\_\_\_\_

¿Toma Ud. precauciones especiales para reducir el riesgo de una reacción alérgica en su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UN ADULTO TIENE QUE RECOGER MEDICAMENTO NO USADO AL FIN DEL AÑO ESCOLAR**