

Wayne County Schools Career Center

518 West Prospect Street-Smithville-Ohio-44667-Phone-330-669-7011-Fax-330-669-7001

PLAN DE ACCIÓN ANTIALÉRGICO/ANAFILÁCTICO ESTUDIANTIL

El estudiante que aparece a continuación ha sido diagnosticado con alergia a alimentos, medicamentos o insectos. Este formulario ayudará en el manejo de su alergia y debe mantenerse en el archivo del estudiante y tomarse en todas las excursiones junto con los medicamentos

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____ Asma: SI _____ NO _____

Calle: _____ Ciudad: _____ CODIGO POSTAL: _____

PICADURA DE INSECTOS: _____ ALERGIA ALIMENTARIA: _____ Otro: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

FECHA Y SÍNTOMAS DE LA ÚLTIMA REACCIÓN: _____

UBICACIÓN DE LA MEDICACIÓN: Estudiante MOCHILA CLINICA OFFICINA

CONTACTO PRINCIPAL

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

de TELEFONO: CELULAR: _____

CASA: _____

TRABAJO: _____

CONTACTO SECUNDARIO

NOMBRE: _____

RELACION: _____

de Teléfono: CELULAR: _____

CASA: - _____

TRABAJO: _____

SIGNOS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA CION ALERGICA

Síntomas:	DAR MEDICAMENTOS REVISADOS:	
<i>LOS SÍNTOMAS A CONTINUACIÓN PUEDEN PROGRESAR RÁPIDAMENTE Y PUEDEN SER POTENCIALMENTE MORTALES</i>		
<input type="checkbox"/> Si contacto con alérgenos, pero sin síntomas:	___ Epinefrina	___ Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Nariz/Ojos: Picazón, estornudos, congestión, moqueo nasal, ojos rojos, desgarro	___ Epinefrina	___ Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Boca: Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca	___ Epinefrina	___ Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Piel: Urticaria, erupción con picazón, hinchazón de la cara o extremidades	___ Epinefrina	___ Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Intestino: Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea	___ Epinefrina	___ Antihistamínico
<input type="checkbox"/> Garganta: Apriete de garganta, ronquera, tos de hacking, Dificultad para tragar o hablar, picazón en los canales auditivos	___ Epinefrina	___ Antihistamínico

<input type="checkbox"/>	Pulmón: Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias, pecho tirantez	___Epinefrina	___Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Corazón: Pulso roscado, presión arterial baja, desmayos, pálido, Azul	___Epinefrina	___Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Otro: _____	___Epinefrina	___Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Si reacción está progresando (varias de las áreas anteriores afectadas) dan:	___Epinefrina	___Antihistamínico

MEDICACIÓN Y DOSIFICACIÓN

Epinefrina: (Círculo uno) EpiPen 0.3mg EpiPen Jr. 0.15mg Twinject 0.3mg Twinject 0.15mg Auvi-Q 0.15mg Auvi-Q 0.3mg

Otros (por favor enumere) _____

Se puede administrar un segundo EpiPen si no se produce mejoría en los síntomas _____ min. ___si ___no

Antihistamínico: Nombre de la medicación: _____ Dosis: _____ medio: _____

Otro: Nombre de la medicación: _____ Dosis: _____ Medio: _____

IMPORTANTE: Inhaladores de asma y/o antihistamínicos no se pueden depender para ser un reemplazo para la epinefrina en anafilaxia.

Este estudiante es capaz de autoadministrarse y puede llevar medicamentos y autoadministrarse en la escuela ___si ___no

Posibles efectos secundarios: _____

Se establecerá contacto directo con el padre/médico en caso de que el estudiante que reciba el medicamento desarrolle cualquiera de las siguientes afecciones o reacciones al medicamento

(si ninguno, así que indique _____)

LLAMADAS DE EMERGENCIA

1. Llame al **911 INMEDIATAMENTE** cada vez que se dé EPI. **Afirmar que se ha tratado una reacción alérgica y puede ser necesaria epinefrina adicional.**
1. Llame a los padres/tutores u otro contacto de emergencia para hacerles saber que al estudiante se le administró EPI y se dirige al hospital.

INCLUSO EN PADRE/TUTOR NO PUEDE SER REACHED, NO DUDE EN MEDICAR O LLEVAR A SU HIJO A UN CENTRO MÉDICO

Acuerdo:

1. Estoy solicitando permiso para que mi hijo nombrado anteriormente reciba medicamentos de acuerdo con este plan de acción. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura de la medicación/medicamento a la escuela. El medicamento, pero ser llevado a la escuela en el recipiente en el que fue dispensado por el prescriptor o farmacéutico con licencia.
2. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o tratamiento prescrito. Un plan de acción revisado deberá estar en el archivo firmado por el prescriptor.
3. Libero y acepto mantener a la Junta de Educación, sus funcionarios, y sus empleados indemne de cualquier responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones resultantes directa o indirectamente de esta autorización

FIRMAS: Representar el acuerdo con la información y el plan de acción anteriores

PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

LICENSED PRESCRIBER: _____ Date: _____

SCHOOL NURSE: _____ DATE: _____

D