



## Distrito Escolar del Area de Little Chute

# Servicios de Salud

Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera de la Escuela 788-7600 x2116  
Salli Steller (Secundaria / Preparatoria) 788-7600 x2102 Fax: 788-7841  
Mandi Kunst, LPN (Primaria) 788-7610 x6152 Fax: 788-7847

<b>Nombre del Estudiante:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Escuela:</b>	<b>Grado:</b>	<b>Camión Escolar:</b> Si No
<b>Condición de Salud: Alergia a Alimentos</b> Enumere todos los alimentos a los cuales su hijo(a) es alérgico: _____		
¿Tiene un historial de asma? : Si _____ No _____ <i>Nota: El tener un historial de asma aumenta el riesgo de anafilaxis.</i>		
¿Tiene un historial de reacción anafiláctica/alérgica? Si _____ No _____ <i>En caso afirmativo, el tratamiento de primera línea para cualquier reacción posterior debe ser epinefrina.</i>		
Si contesto si en la última pregunta, describa los signos y síntomas durante la reacción: _____		
¿Se le ha administrado epinefrina alguna vez? Si _____ No _____ Si afirmativo, ¿Cuándo? _____		
<b>Procedimiento de Emergencia:</b> 1. Administrar el medicamento apropiado enlistado debajo. 2. Si se le administra epinefrina, llamar a 911. Indicar que una reacción alérgica ha sido tratada. 3. Pudiera necesitar epinefrina adicional. Si los síntomas continúan después de 5-10 minutos, repetir la administración del EpiPen 4. Quedarse con el / la estudiante y monitorear su condición. 5. Si el / la estudiante se auto administra el EpiPen, debe notificar al personal de la escuela. <i>*No espere a que surjan los síntomas enlistados arriba para iniciar el procedimiento de emergencia. Muchas veces las reacciones subsecuentes presentan diferentes síntomas.</i>		
<b>Síntomas: Administre el Medicamento Autorizado</b> <i>(Sera determinado por el médico que autorice el tratamiento)</i>	<b>Administre Epinefrina</b>	
<b>Si se ha ingerido el alérgeno pero no presenta síntomas:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Boca:</b> Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua o boca.	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Piel:</b> Urticaria, erupción cutánea con picazón, hinchazón de la cara o extremidades	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Intestino:</b> náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea.	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Garganta:</b> apretada, ronquera, tos seca.	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Pulmones:</b> Pulmones: dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Corazón:</b> Pulso lento, presión arterial baja, desmayo, pálido, azul	<b>Si</b>	<b>No</b>

		<b>Si</b>	<b>No</b>
Otro: _____		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>La reacción continua progresando (presenta varias de las áreas mencionadas arriba)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b> Nombre: _____		Teléfono: _____	
		Parentesco: _____	
<b>AUN SI NO PUEDE CONTACTAR AL PADRE O FAMILIAR, ¡NO DUDE EN MEDICAR AL ESTUDIANTE O LLEVARLO A UNA CLINICA!</b>			
<b>PARA QUE EL MEDICO COMPLETE:</b> Nombre del Doctor: _____		Teléfono: _____	
<b>Epinefrina:</b> Inyección Intramuscular (circule una) EpiPen®      EpiPen® Jr.      Auvi-Q™ 0.3 mg      Auvi-Q™ 0.15 mg			
<b>Antihistamínico:</b> Administración: medicamento /dosis /ruta _____			
<b>Otro:</b> Administración: medicamento / dosis / ruta _____			
<b>IMPORTANTE: No dependas de los inhaladores para el asma y/o los antihistamínicos para reemplazar la epinefrina en caso de anafilaxis.</b>			
¿Tiene el / la estudiante conocimiento sobre su medicamento y necesita notificar al personal de la escuela si se auto administra epinefrina? Si _____ No _____			
¿Ha demostrado el / la estudiante la técnica adecuada para administrarse el medicamento? Si _____ No _____			
Efectos secundarios:			
( ) He instruido a _____ en la manera propia para utilizar su medicamento por inyección. Es mi opinión profesional que se le puede permitir a el / ella que guarde y se inyecte el medicamento por sí mismo(a).			
( ) Es mi opinión profesional que _____ no debe guardar o administrar su medicamento por inyección por sí mismo(a).			
<b>Firma del Medico:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>PARA QUE LOS PADRES COMPLETEN:</b> ¿Le da permiso a su hijo(a) de guardar y administrarse su medicamento de Epinefrina? Si _____ No _____			
Al firmar, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo(a) y que el plan de salud es correcto y / o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para corregir el plan.			
<b>Firma del Padre:</b>		<b>Fecha:</b>	

Revised 4/2020

Iniciales del(a) Director(a): \_\_\_\_\_

## Lista para el Cuidado de Alergias en la Escuela

Año Escolar:	Grado:	Maestro(a):
Nombre del Estudiante:	Fecha:	
Nombre del Padre / Tutor:	Teléfono:	
Nombre del Padre / Tutor:	Teléfono:	
Alérgenos Alimentarios:		
Alergia a (Circule todos los que apliquen):	Ingestión	Tacto      Aerosol

Para que los PADRES completen	Si	No	Notas
<b>Estudiantes de Primaria UNICAMENTE</b>			
¿Le gustaría que la escuela envíe una carta a las familias del salón de clases de su hijo(a) para informarles sobre sus alergias?			
Si cada niño trae su propio tentempié a la escuela todos los días, ¿se necesitan precauciones especiales en el salón de clases?			
Si hay una ocasión especial (cumpleaños o fiesta), ¿le gustaría recibir una notificación? ¿Le gustaría que su hijo(a) guardara un tentempié alternativo en el salón de clase o en la oficina de salud para estas ocasiones? <i>* Nota: Los maestros harán todo lo posible para notificarle con anticipación todas las ocasiones especiales, pero considere tener un tentempié alternativo en el salón de clases para ayudar durante los momentos en que los maestros no pueden notificarle.</i>			
¿Le gustaría que su hijo se sentara en la mesa de "Peanut Aware" (Conscientes de las alergias al maní) en el comedor? <i>* Nota: En el comedor de primaria hay una mesa para estudiantes en la que los niños solo pueden comer lonches de casa o almuerzos calientes sin productos de maní.</i>			
<b>TODOS los Estudiantes</b>			
¿Va a enviar Benadryl a la escuela para su hijo(a)?			
¿Va a enviar un Epi-Inyector (ie:Epipen) a la escuela para su hijo(a)?			
Le gustaria: <input type="checkbox"/> Tener una reunión especial con el maestro(a) de clase de su hijo(a) y la enfermera de la escuela <input type="checkbox"/> Llamar o mandar un email al maestro(a) su hijo(a) por su cuenta <input type="checkbox"/> Entiendo que el/la maestro(a) de mi hijo(a) tendrá acceso a este plan así que no necesito dar ningún seguimiento.			

Alguna otra cosa que le gustaría compartir con la enfermera de la escuela / personal escolar:

---

Si tiene alguna pregunta o duda puede llamar a la enfermera de la escuela.