



Distrito Escolar del Área de Little Chute

Servicios de salud

ALERGIA A LAS ABEJAS E INSECTOS



Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600
Escuela Primaria Fax: 920-788-7847 Y Fax de las Escuelas IM/MS/HS: 920-788-7841

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	GRADO:
ESCUELA:	ESTUDIANTE AUTOBÚS:	SÍ NO
ENUMERE TODOS LOS INSECTOS A LOS QUE SU HIJO ES ALÉRGICO:		
HISTORIAL DE ASMA: SÍ NO <i>Nota: Los antecedentes de asma aumentan el riesgo de anafilaxia.</i>		
ANTECEDENTES DE ANAFILAXIS/REACCIÓN ALÉRGICA: SÍ NO		
En caso afirmativo, describa los signos y síntomas durante la reacción: _____		
¿Alguna vez se ha administrado epinefrina? SÍ NO SÍ SÍ, ¿cuándo?		

TRATAMIENTO DE ALERGIA GRAVE Y ANAFILAXIS

REACCIONES PARA VER	PASOS A SEGUIR ANTE LAS REACCIONES
<p>ALERGIA GRAVE Y ANAFILAXIS: <i>Si un niño tiene CUALQUIERA de estos síntomas graves después de comer o de haber sufrido una picadura, déle epinefrina.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar, sibilancias o tos • El color de la piel es pálido o tiene un color azulado. • pulso débil • Desmayos o mareos • Garganta apretada o ronca • Problemas para respirar o tragar • Hinchazón de labios o lengua que molesta al respirar • Vómitos o diarrea (si es grave) • Mucha urticaria o enrojecimiento sobre el cuerpo • Una sensación de "fatalidad", confusión, alteración de la conciencia o agitación. 	<p>ALERGIA GRAVE Y ANAFILAXIS (O SITUACIÓN ESPECIAL ESTÁ MARCADO) PASOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¡Inyete epinefrina de inmediato! Tenga en cuenta la hora en que se le dio 2. Llame al 9-1-1. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pide una ambulancia con epinefrina ○ Informar al equipo de rescate cuando se administró epinefrina 3. Quédese con el niño y: <ul style="list-style-type: none"> ○ llamar a los padres ○ Administre una segunda dosis de epinefrina, si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 5 minutos ○ Mantenga al niño acostado boca arriba. Si el niño vomita o tiene dificultad para respirar, mueva al niño para que se acueste de lado 4. Administre otros medicamentos, si se los recetaron. No use otro medicamento en lugar de la epinefrina <ul style="list-style-type: none"> ○ Antihistamínico ○ inhalador/ broncodilatador
<p>REACCIONES ALÉRGICAS LEVE: <i>Si un niño ha tenido algún síntoma leve, vigílelo. Los síntomas pueden incluir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca • algunas colmenas • Náuseas o molestias estomacales leves 	<p>PASOS PARA LAS REACCIONES ALÉRGICAS LEVES: <i>Quédese con el niño y:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigile al niño de cerca 2. Dar antihistamínico (si se prescribe) 3. llamar a los padres 4. Si se desarrolla más de un síntoma de alergia grave/anafilaxia, administre epinefrina. (Ver "Alergia severa y anafilaxia")

SITUACIÓN ESPECIAL:

Marque la casilla de la izquierda si el niño tiene una **alergia extremadamente severa** a un insecto o a estos alimentos: _____ . *Incluso si el niño tiene síntomas **LEVES** después de una picadura o de comer los alimentos anteriores, administre epinefrina.*

MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN

Epinefrina (inyectar por vía intramuscular): (circule uno) EpiPen® EpiPen® Jr. Auvi-Q™ 0.3 mg Auvi-Q™ 0.15 mg

Antihistamínico (Dar): Medicamento/Dosis/Vía: _____

Otro (Dar): Medicamento/Dosis/Vía: _____

EL NIÑO PUEDE CARGARLO POR SÍ MISMO: *SÍ* *NO SÍ, No*, *ubicación de la epinefrina:*

PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado designado para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. También estoy de acuerdo en dar mi permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal de la escuela para contactar al médico del niño si es necesario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) del LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores.

Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable de asegurar que la medicación de rescate de respaldo esté disponible para mi hijo después del horario escolar y durante los viajes hacia/desde y durante los eventos patrocinados por la escuela.

La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.

CONTACTO DE EMERGENCIA:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

(H) TELÉFONO:

(C) TELÉFONO:

PADRE/GUARDIÁN FIRMA:

FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO:

TELÉFONO:

FIRMA DEL MÉDICO:

FECHA:

Iniciales del director: _____ **Fecha:** _____