

PLAN INDIVIDUAL DE SALUD PARA ALERGIAS

(Formulario para que lo llenen los Padres/Tutores legales)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____ MAESTRO(A): _____ AÑO ESCOLAR: _____

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

DOCTOR ESPECIALISTA EN ALERGIAS: _____ TELÉFONO: _____

¿A qué es alérgico(a) su hijo(a) (tipo de comida, medicamentos específicos, tipos de insectos, etc.)?

Por favor describa qué ocurre con su hijo(a) durante una reacción alérgica (síntomas, etc.):

¿Su hijo(a) tiene una orden médica para tomar Benadryl o Zyrtec (genérico: Cetirizine) para tomar en la escuela, y este medicamento se encuentra en la escuela? Sí No

¿Su hijo tiene una orden médica para epinefrina inyectable (por ejemplo: Epi-pen, Epi-pen Jr. Auvi-Q o un Epi-pen genérico) para ser administrado en la escuela, ¿y este medicamento se encuentra en la escuela? Yes No

¿Su hijo(a) ha necesitado ser atendido(a) en la sala de emergencias por esta condición médica durante los pasados 12 meses?
 Sí No De ser así, por favor explique:

¿Su hijo(a) ha tenido en el pasado una reacción alérgica severa que ha requerido la administración de epinefrina inyectable como un Epi-pen? Sí No De ser así ¿cuándo fue?

En el caso de que no podamos comunicarnos con usted, por favor enliste el/los nombre(s) y el número(s) de teléfono de las personas que sepan sobre la alergia de su hijo(a) y sepan cómo manejar una reacción alérgica. *Por favor incluya también a esta persona en la lista de personas que puedan recoger a su hijo(a) en caso de que su hijo tenga que ser recogido de la escuela a causa de su alergia.*

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Hay algo más que le gustaría que el personal de la escuela supiera sobre la alergia(s) de su hijo(a)?

POR FAVOR, SEPA QUE: Le recomendamos que hable con el doctor de su hijo(a) para saber si le recomienda tener un Plan de Acción en Caso de Emergencia. Por favor lea la parte posterior de este formulario para saber los pasos que el personal de la escuela puede realizar en el caso de una emergencia médica. Estos pasos se llevarán a cabo si su hijo(a) no tiene en la escuela un Plan de Acción en caso de Emergencia para esta condición médica.

Doy mi autorización para que mi hijo(a), _____, reciba atención médica por el personal de la escuela para la condición médica mencionada acá arriba

La enfermera de la escuela puede compartir información con el doctor de mi hijo(a) con respecto a esta condición médica mencionada anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

PLAN INDIVIDUAL DE SALUD PARA LAS ALERGIAS

Emergencia: Anafilaxia (Reacción Alérgica Severa)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ALÉRGICO(A) A: _____

Aviso: Si el/la estudiante tiene también un Plan de Acción en Caso de Emergencia (EAP) para esta condición médica, por favor revise el EAP para saber las acciones que la escuela debería tomar en este caso. De lo contrario, siga los siguientes pasos:

Este estudiante tiene un EAP: Si No

Síntomas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Garganta apretada, picazón en la garganta o inflamación de la garganta | <input type="checkbox"/> Picazón, enrojecimiento o inflamación severa de la piel |
| <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos, diarrea o calambres abdominales |
| <input type="checkbox"/> Tos, respiración ruidosa, dolor en el pecho, pecho apretado o dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago |
| <input type="checkbox"/> Inflamación o picazón en los labios o lengua | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Sensación inquieta o agitada | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares o pulso débil |
| <input type="checkbox"/> Ronchas generalizadas | <input type="checkbox"/> Nariz congestionada o goteo nasal y/o estornudos |
| | <input type="checkbox"/> Mareos o confusión |
| | <input type="checkbox"/> Desmayo o shock |

Intervenciones:

1. Manténgase con el/la estudiante; el/la estudiante no debería moverse de su ubicación o ser dejado solo(a).
2. Llame al 911. Avísele a la recepción para que puedan dirigir a los trabajadores de EMS a la ubicación del estudiante.
3. Llame o use la radio para buscar ayuda si es necesario. El miembro del personal designado para ser el primero en intervenir debería asistir a la ubicación del estudiante y traer consigo cualquier equipo de emergencia que se necesite incluyendo una epinefrina inyectable (Epi-pen).
4. Avíseles a los padres/tutores legales, o asigne a otro miembro del personal para que les avise:

Nombre del Padre/madre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona de contacto: _____ Teléfono: _____

5. Avísele a la enfermera de la escuela en caso de que se encuentre en el edificio. Si la enfermera no está presente, avísele cuando vuelva o a través de otro medio de comunicación.

Información adicional:
