

EXPEDIENTE PARA LOS ALERGIAS

ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCUELA _____ GRADO/MAESTRO _____ AÑO ESCOLAR _____

PADRE/GUARDIÁN _____ TELEFONO _____

TRABAJO _____ CELULAR _____ EMERGENCIA _____

MEDICO _____ TELEFONO _____

ALERGOLOGO _____ TELEFONO _____

1. ¿Cuál tipo de alergia tiene su hijo/a? (tipo de comida, medicamento específico, tipo de insecto, etc.):
2. Brevemente describa lo que pasa durante una reacción alérgica:
3. ¿Su hijo/a requiere medicamentos cuando tiene una reacción alérgica? - Sí - No
Si es así, por favor, haga una lista:
4. ¿Su hijo/a tiene una orden para administrarle Benadryl? ¿Y el medicamento ya está en la escuela?
 - Sí - No Si contestó no, por favor de una explicación:
5. ¿Usa su hijo/a un EPI-Pen (auto inyector de epinefrina/adrenalina)?
 - Sí - No ¿Si es así, donde lo tiene?
6. ¿Su hijo/a ha tenido que ir al doctor o a la sala de emergencias después de tener una reacción alérgica?
 - Sí - No Si es así, por favor de las fechas y una descripción de la(s) visita(s) a la sala de emergencia:
7. En caso de que no sea posible contactarle, apunte los números de teléfono de las personas quienes conocen los detalles de la alergia de su hijo/a y tienen conocimiento de cómo manejar una reacción alérgica.
8. Favor de leer el dorso de este formulario. ¿Desean que el personal de la escuela siga con estos pasos en caso de una reacción alérgica?
 - Sí - No Si contestó no, favor de hacer una lista de los pasos que el personal de la escuela debe de tomar:

ATENCIÓN POR FAVOR: Si tiene que usar los medicamentos/EPI-Pen en la escuela, *los padres y el médico de su hijo* tienen que llenar un formulario de **Autorización para los Medicamentos**, el cual tiene que ser renovada cada año y tiene que permanecer en la escuela. Puede obtener este formulario en la recepción de la escuela.

- CONTINÚA AL DORSO -

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

**REACCIÓN ALERGICA/ANAFILAXIS
PLAN MÉDICO DE EMERGENCIA INDIVIDUAL**

(Attach English for School Staff Use)

Location of Emergency Medications: _____

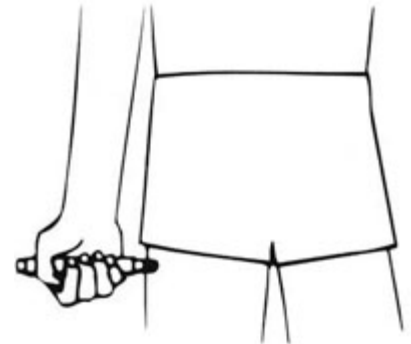
SÍNTOMAS: Repentinamente le falta la respiración, sonidos agudos en el pecho al respirar, ronchas, manchas rojas sobre la piel que causan comezón, enrojecimiento de la piel, pulso rápidos, miedo, comezón por dentro, agitación, náusea y es posible que pierda el conocimiento. Si es una alergia causada por una picadura de insecto, va a tener dolor y comezón en el área afectada. Cualquier cambio de respiración debería ser tratado como una emergencia potencialmente mortal.

INTERVENCIONES:

1. Detener al estudiante donde se encuentra.
2. Permanecer con el estudiante.
3. Encargar a otro empleado que traiga el medicamento al estudiante.
4. Encargar a un empleado entrenado en la administración del EPI-Pen para aplicarlo, excepto en el caso de que el estudiante de más edad prefiera hacerlo por si mismo.
5. Haga que los empleados de la oficina llamen al 911 y les informen que se ha administrado el EPI-Pen.
6. Notifique a los padres inmediatamente que ha sido administrado el EPI-Pen y que se ha contactado al 911.

Pasos a seguir para administrar el EPI-Pen [auto-inyector de epinefrina]:

1. No quite la tapa de seguridad hasta que ya esté listo a usarlo.
2. Coloque la punta negra en el muslo en un ángulo recto hacia la pierna.
3. Presione fuerte hacia el muslo en un ángulo recto con la pierna hasta que escuche un clic.
4. Sostenga por 10 segundos contra el muslo.
5. Use precaución al retirar la aguja del EPI-Pen.
6. Masajea el área de la inyección por 10 segundos. Registre la hora en que administró el EPI-Pen.
7. Entregue la jeringuilla usada al empleado del SME para descartar en un recipiente para artículos punzantes.
8. Este preparado para iniciar RCP [reanimación cardiopulmonar] si se detiene la respiración.
7. Si la causa de la reacción alérgica es una picadura de abeja, quite el aguijón, y aplique una compresa fría en el área, y elevarla.
8. Mantenga al estudiante sentado.
9. **PERMANEZCA CON EL ESTUDIANTE CONTINUAMENTE HASTA QUE LLEGUE SME [Servicios Médicos de Emergencia].**



FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA _____ FECHA _____