

Williamson County Schools

Historial de alergias y anafilaxis del estudiante

(este formulario debe firmarlo uno de los padres y ser presentado cada año junto a un plan para alergias y anafilaxis)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____ Grado/Maestro: _____

ALERGIA A: _____

Alergia por: Contacto Ingestión Inhalación (se necesita documentación médica)

Describe la alergia con más detalle (ej., al maní, productos derivados, aceites) _____

Historia de reacción anafiláctica: Sí No

Fechas, síntomas, medicamentos dados para reacciones pasadas: _____

Sí	No/NC	Solicitud de seguridad en la escuela (solo en Elementary)
		Solicito que mi estudiante se siente en la mesa/área de Alerta de Alergias en la cafetería. No puede ir y venir entre la mesa/área de Alerta de Alergias y las mesas regulares.
		El estudiante solo debe comer la comida/snacks provistas por los padres/tutor.
		Solicito que se envíe una carta de alerta de alergia alimentaria a los padres/tutores de la clase.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Requerida)

Estoy de acuerdo en notificar y conversar con la enfermera escolar de inmediato en caso de cambios en la alergia, plan de cuidado de salud o medicamentos de mi estudiante durante el ciclo escolar, o si tengo inquietudes adicionales.

Doy permiso para que los medicamentos listados en el plan para alergias y anafilaxis se administren en la escuela por la enfermera o personal entrenado. Doy consentimiento para la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud o clínica que prescribe para discutir el manejo de la enfermedad y la administración de los medicamentos. El padre/madre/tutor firmante acepta eximir y liberar al distrito escolar y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo, demanda o acción de cualquier tipo que surja de cualquier daño, pérdida o lesión que mi estudiante o yo/nosotros podríamos sufrir o que ahora tienen o pueden tener en el futuro como resultado de la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre/madre/tutor (imprenta) _____ Teléfono _____

Plan de Emergencia para Alergias y Anafilaxia

Este formulario debe ser completado por un proveedor de atención médica.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Libras (_____ kg)

Sistema escolar del estudiante: : _____ Escuela del estudiante: _____

Estudiante es alérgico a _____

 Estudiante tiene asma Si (Si es así, mayor riesgo de reacción grave) No

 Estudiante ha tenido anafilaxia Si No

 Estudiante ha recibido instrucciones y tiene permiso para llevar consigo epinefrina y usar de forma independiente Si No

RECORDATORIO IMPORTANTE: La anafilaxia es una reacción alérgica grave potencialmente mortal. En caso de duda, use epinefrina.

 Para **CUALQUIERA** de los siguientes **SINTOMAS GRAVES** O COMBINACION de síntomas de diferentes áreas


Falta de respiración, sibilancias o tos



Piel pálida o azulada, pulso débil, desmayos o mareos



Garganta estrecha o ronco, dificultad para respirar o tragar



Vómitos repetidos o diarrea severa



Mucha urticaria o enrojecimiento sobre el cuerpo



Sensación de "fatalidad", confusión, alteración de la conciencia o agitación



Hinchazón de labios o lengua que le molestan al respirar

 SITUACIÓN ESPECIAL: Si esta casilla está marcada, el estudiante tiene una alergia extremadamente severa a la picadura de un insecto o al siguiente alimento: _____. Incluso si el niño tiene síntomas LEVES después de una picadura o de comer estos alimentos, **administre epinefrina.**

1. ¡Inyecte epinefrina de inmediato!

Anote el tiempo cuando se administró epinefrina.

2. Llame al 911.

- Solicite una ambulancia con epinefrina.
- Informe al equipo de rescate cuando se administró epinefrina.

3. Quedase con el estudiante y:

- Llame a los padres y al proveedor de atención médica del estudiante.
- Si los síntomas empeoran o continúan, después de 5 minutos, administre una segunda dosis de epinefrina.
- Mantenga al estudiante acostado boca arriba. Si el estudiante vomita o tiene problemas para respirar, mantenga al niño acostado de lado

4. Administre otro medicamento (si corresponde) después de la epinefrina.

- Otros medicamentos incluyen broncodilatadores (si tiene sibilancias) o antihistamínicos.

Sintomas Leves


Picazón o secreción nasal, estornudos



Boca que pica



Náuseas leves o malestar



Alguna urticaria, picazón leve en la piel

MONITORIZAR EL ESTUDIANTE

- Quédense con el estudiante y obsérvelo de cerca.
- Administre antihistamínicos (si se enumeran abajo).
- Llame a los padres.

Si se presentan más de un síntoma o síntomas graves de alergia/anafilaxia, use epinefrina.
MEDICAMENTOS/DOSIS

Epinefrina, intramuscular (incluir tipo): _____

 Epinefrina (Dosis): 0.1 mg
 0.15 mg
 0.3 mg

Antihistamínico, oral (incluir tipo): _____

Dosis de Antihistamínico: _____

Otra (por ejemplo, inhalador/broncodilatador para asma): _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Proveedor médico: _____

Teléfono: _____

Padre/Guardián: _____

Teléfono: _____

Otro Contacto de Emergencia (Nombre y Relación): _____

Teléfono: _____