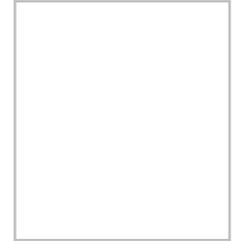


PLAN DE CUIDADOS DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ libras Asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) No



NOTA: No dependa de antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE LA EPINEFRINA.

Situación/circunstancia especial - Si se marca esta casilla, el niño(a) tiene una alergia extremadamente grave a los siguientes alimentos _____.

Incluso si el niño(a) tiene síntomas LEVES después de comer (ingerir) estos alimentos, administre la epinefrina inmediatamente.

Para CUALQUIERA de los siguientes SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES

Dificultad para respirar, sibilancia, tos repetitiva



CORAZÓN

Piel pálida o azulada, debilidad, pulso débil, mareo



GARGANTA

Garganta cerrada o ronca, problemas para respirar o deglutir



BOCA

Inflamación considerable de la lengua o labios



PIEL

Mucha urticaria en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado



DIGESTIVO

Vómito repetitivo, diarrea grave



OTRO

Sensación de que algo malo va a suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN

de los síntomas en diferentes áreas del cuerpo



- 1. INYECTE INMEDIATAMENTE LA EPINEFRINA.**
- 2. Llame al 911.** Informe al despachador que la persona está teniendo una anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando lleguen los respondedores de emergencia.
 - Considere dar medicamentos adicionales después de la epinefrina:
 - » Antihistamínico
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia
 - Acueste a la persona, elévele las piernas y manténgala caliente. Si es difícil respirar o está vomitando, déjela que se siente o se acueste de lado.
 - Si los síntomas no mejoran, o regresan los síntomas, pueden administrarse más dosis de epinefrina alrededor de 5 minutos o más después de la última dosis.
 - Alerta a los contactos de emergencia.
 - Lleve al paciente a la sala de emergencia, incluso si desaparecen los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencia durante al menos 4 horas ya que los síntomas pueden regresar

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Comezón o goteo en la nariz, estornudos



BOCA

Comezón en la boca



PIEL

Un poco de urticaria, comezón leve



DIGESTIVO

Náusea o malestar leve

PARA SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN SISTEMA DEL CUERPO, ADMINISTRE LA EPINEFRINA.

PARA SÍNTOMAS LEVES EN UN SOLO SISTEMA DEL CUERPO (P. EJ., PIEL, TRACTO DIGESTIVO, ETC.), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

1. Pueden darse antihistamínicos, si son recetados por un proveedor de atención médica.
2. Quédense con la persona; alerte a los contactos de emergencia.
3. Vigile de cerca a la persona para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre la epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Epinefrina de marca o genérica: _____

Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamínico de marca o genérico: _____

Dosis del antihistamínico: _____

Otro (p. ej., inhalador-broncodilatador si hay sibilancia): _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

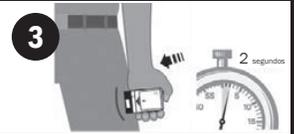
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

FECHA

PLAN DE CUIDADOS DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

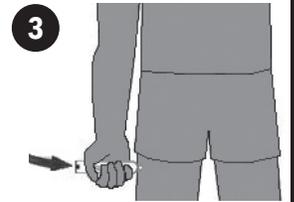
CÓMO USAR LA AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire la Auvi-Q® del estuche exterior. Tire de la guarda de seguridad.
2. Coloque el extremo negro de la Auvi-Q® contra el centro de la parte externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta que escuche un chasquido y un silbido, siga presionando durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



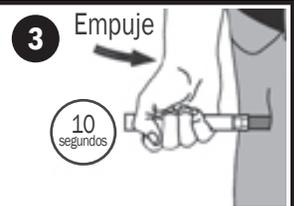
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEFRINA) E INYECCIÓN DE EPINEFRINA (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR MYLAN, MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del portatubo transparente.
2. Agarre el autoinyector con el puño y con la punta anaranjada (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando de él directamente hacia arriba.
3. Inserte el autoinyector firmemente en el centro de la parte exterior del muslo hasta que emita un 'chasquido'. Manténgalo firmemente en su lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



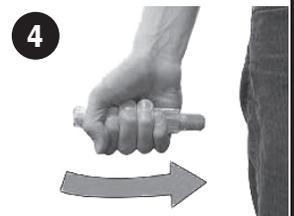
CÓMO USAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALIN®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina del estuche portátil de protección.
2. Tire de las dos tapas azules; ahora verá una punta roja. Agarre el autoinyector en un puño y con la punta roja apuntando hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra el centro de la parte exterior del muslo a un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Presione fuertemente hacia abajo y manténgalo así contra el muslo durante aproximadamente 10 segundos.
4. Retire y aplique un masaje al área durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR GENÉRICO DE TEVA DE LA EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Rápidamente gire la tapa amarilla o verde del autoinyector en la dirección de la "flecha de giro" para quitarla.
2. Agarre el autoinyector con el puño y con la punta anaranjada (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, tire del seguro azul.
3. Coloque la punta anaranjada contra el centro de la parte exterior del muslo a un ángulo recto al muslo.
4. Inserte el autoinyector firmemente en el centro de la parte exterior del muslo hasta que emita un 'chasquido'. Manténgalo firmemente en su lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR SYMJEPI™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para inyectar, quite la tapa para exponer la aguja. No coloque un dedo en la parte superior del dispositivo.
2. Sostenga la SYMJEPI™ con los dedos únicamente e inserte lentamente la aguja en el muslo. SYMJEPI™ puede inyectarse a través de la ropa de ser necesario.
3. Después de insertar la aguja en el muslo, empuje el émbolo hasta el fondo, hasta que escuche un chasquido y sosténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y aplique un masaje al área de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y busque ayuda médica de emergencia inmediatamente.
5. Después de administrar la jeringa, use una mano con los dedos detrás de la aguja para deslizar la guarda de seguridad sobre la aguja.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni inyecte a cualquier parte del cuerpo que no sea la parte central exterior del muslo. En caso de una inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si lo administrará a un niño pequeño, inmovilice firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina puede inyectarse a través de la ropa, de ser necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

OTRAS INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN (puede llevar usted mismo la epinefrina, puede autoadministrarse la epinefrina, etc.):

Primero administre la epinefrina, luego llame al 911. Vigile al paciente y llame a sus contactos de emergencia inmediatamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAMAR AL 911

ESCUADRÓN DE RESCATE: _____
MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
PADRE/MADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____



Solicitud para Acomodaciones Dietéticas

Por favor complete este formulario y proporcione una copia a la cafetería escolar. Padre o Tutor y Enfermera serán notificados después de evaluar la solicitud. Se requiere la formulario anualmente.

PARTE A. Padre o tutor completa esta sección

Nombre del estudiante:		Edad:	Identificación del estudiante:
Escuela:	Grado:	Salón:	
Nombre de imprenta del Padre o Tutor:		Dirección Electrónica:	
		Teléfono:	

PARTE B. Un médico con licencia de ejercer la medicina en el estado de Texas para completa esta sección

1. ¿El niño tiene una discapacidad reconocida por la ley de discapacidad (ADA)?
 ___ Si ___ No Si la respuesta es No, pase a la pregunta #3.

2. En caso afirmativo, favor de identificar la discapacidad y describe las actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad.

3. Si el niño no tiene una discapacidad, ¿el niño tiene una alergia o intolerancia alimentaria que da lugar a una reacción anafiláctica cuando se expone a la comida a la que tiene problemas?
 ___ Si ___ No

4. Si la respuesta a las preguntas 1 o 3 es en lo afirmativo, favor de marcar lo que afecta al niño.

Lácteos	Huevos
<input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogur	<input type="checkbox"/> Huevos Enteros (como huevos revueltos o huevos hervidos)
<input type="checkbox"/> Artículos comestibles que contienen ingredientes lácteos	<input type="checkbox"/> Artículos comestibles que contienen huevos
<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Nueces de árbol: _____ <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Sésamo <input type="checkbox"/> Pescado	
<input type="checkbox"/> Mariscos crustáceos	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Información adicional:

5. Para modificar la textura de los alimentos. Enumera los alimentos que necesitan el siguiente cambio en la textura. Si todos los alimentos deben estar preparados de esta manera, indica "todos"

(a) Cortar o picar en trozos pequeños _____

(b) Molido finamente _____

(c) En puré o mezclado _____

6. Indique cualquier otro comentario acerca los patrones de alimentación del niño.

Medical Authority's printed or stamped name	Office Phone: _____ Office Fax: _____
Medical authority's signature	Date

PART C. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE

Enfermera Escolar:	Teléfono:
7. ¿Tiene el niño un "Plan de Salud Individualizado" (IHCP)? ___ Si ___ No	
8. ¿El niño tiene un Plan 504? ___ Si ___ No	

Formulario de autorización para la administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de identificación del estudiante: _____

Medicamento y alergias a comidas: _____

Otros medicamentos taken en la casa: _____

Fecha de hoy: _____ Esta formulario de medicamentos es válido para el ciclo escolar actual.

 Los estudiantes de K-12.º grado **NO TIENEN PERMITIDO** tener en su posesión o autoadministrarse medicamentos con o sin receta, excepto según lo permite la ley para la diabetes, el asma y la anafilaxis.

Servicios de Salud y Enfermería del Austin ISD requiere lo siguiente:

- **Deberán enviarse a la escuela solo los medicamentos que sean médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia del estudiante o que estén por escrito en un IEP.**
- Una orden por escrito de un médico de Estados Unidos, un consentimiento de un padre de familia o tutor legal fechado para el ciclo escolar **ACTUAL** y firmado por el padre de familia, tutor legal u otras personas que tengan autoridad legal sobre el estudiante **Y** los médicos que tengan licencia para la práctica médica en los Estados Unidos y el Estado de Texas.
- Medication Los medicamentos en su recipiente original, etiquetado apropiadamente por un farmacéutico autorizado (nombre del estudiante, nombre del medicamento con la potencia, dosis e instrucciones: vía por la que será administrado, nombre del médico con certificación de Texas que lo prescribe y la fecha actual).
- Los medicamentos sin receta o de venta libre requieren lo anterior (Manual del Estudiante del AISD, FFAC local)
- Los estudiantes **NO TIENEN PERMITIDO** traer consigo ningún medicamento recetado, de venta libre ni autoadministrárselo, a menos que lo ordene un médico con licencia para ejercer en EE.UU. De acuerdo con la ley, el único medicamento que puede traer consigo un estudiantes con una orden médica o permiso de los padres de familia es un inhalador para el asma, EpiPen e insulina o medicina y suministros para la diabetes.

INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre de medicamento y fecha de Caducidad del medicamento (mes/año)	Dosis	Horario para administrarlo en la escuela	Cómo se toma (por boca, ojos, oídos, nariz, tubo, inhalador, con una crema tópica o inyección)	Afección por la cual se da el medicamento

Instrucciones especiales para medicamentos _____

Todos los medicamentos que no se recojan se desecharán el último día de clases según lo requiere la ley.

- Solicito autorización para que el Austin ISD le administre a mi niño los medicamentos enumerados en este formulario durante el horario escolar, incluyendo las excursiones, de acuerdo con la etiqueta del medicamento y/o las instrucciones del médico. **Cualquier cambio de medicamento y/o dosis requiere un nueva orden y firma del médico.**
- Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de efectos nocivos que puedan ocurrir con la administración de un medicamento.
- Estoy de acuerdo en cumplir con las leyes federales y estatales y con las pautas del Austin ISD relacionadas con medicamentos en el entorno escolar.
- Entiendo que el enfermero escolar puede designar a personal capacitado del Austin ISD para que administre los medicamentos.



 Firma del Padre/Tutor

 Padre/Tutor nombre (imprime)

 Fecha



 Physician signature

 Physician name (print or stamp)

 Date