

Servicios de Salud de las Escuelas Públicas de Fayette

Plan de Salud para Alergias Graves.

Favor de traer o mandar este formulario a la escuela o mandarlo por fax a 770-719-2639.

**Coloque
Estudiantil
imagen
aquí**

Alergia de: _____ **Asma** **Si** **No**

Estudiante: _____ **Fecha de Nac:** _____ **Año Escolar:** _____

Escuela: _____ **Maestro de Cuarto:** _____ **Grado/Equipo:** _____

Extremadamente reactivo a la siguiente ALERGENO: _____

Si los alimentos alérgenos, las restricciones de alimentos: _____

Alérgenos Alimentarios, sustituciones de alimentos: _____

Cualquier síntomas graves después de sospechosos o conocidos de la exposición:
 Uno o más de los siguientes:
 PULMÓN: Falta de aliento, sibilancias, tos repetitiva
 CORAZÓN: pálida, azul, desmayo, pulso débil, mareado, confundido
 GARGANTA: cerrado, ronca, dificultad para respirar / deglución
 BOCA: hinchazón obstructiva (lengua y / o de los labios)
 PIEL: Muchas colmenas sobre el cuerpo
O combinación de síntomas de diferentes zonas del cuerpo:
 PIEL: urticaria, erupciones pruriginosas, hinchazón (por ejemplo, los ojos)
 RIFN: Vómitos diarrea dolor de tipo cólico

Los síntomas leves SOLAMENTE:
 BOCA: Itchy boca
 PIEL: Algunas colmenas alrededor de la boca / cara, picor leve
 BIEN: Náuseas leves / malestar



1. DAR EPINEFRINA de IMMEDIATO
 2. Llame al 911
 3. Comience la supervisión
 4. Dar medicamentos adicionales: *
 -Antihistamínico
 -Inhalador (broncodilatador) si el asma
 * Los antihistamínicos y los inhaladores no deben dependian para tratar una reacción severa (anafilaxia).
UTILIZAR EPINEFRINA

1. DAR ANTIHISTAMÍNICO
 2. Permanecer con el estudiante; sanitaria de alerta los profesionales y los padres
 3. Si los síntomas progresan
UTILIZAR EPINEFRINA
 4. Comience la supervisión

Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento / Dosis
LA EPINEFRINA	<input type="checkbox"/> 0.15mg <input type="checkbox"/> 0.3mg <input type="checkbox"/> Otra _____
inyectar por vía intramuscular	<input type="checkbox"/> EpiPen® <input type="checkbox"/> Auvi-Q™ <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> EpiPen Jr.® <input type="checkbox"/> Adrenaclick® Generic
FECHA DE VENCIMIENTO:	<input type="checkbox"/> Dar epinefrina de inmediato cualquier síntoma si probablemente expuesto a alérgenos. <input type="checkbox"/> Dar epinefrina inmediatamente si definitivamente expuestos a alérgenos, incluso si No hay se observan síntomas.
Antihistamínico por vía oral	

- He dado instrucciones al estudiante nombrado en la forma correcta de usar su / su auto inyector de epinefrina y es mi opinión profesional este estudiante se debe permitir llevar y usar ese medicamento por él / ella misma.*
- Es mi opinión profesional este estudiante no puede llevar o automedicarse con su / su auto inyector de epinefrina.*
- Estudiantes no deben participar en actividades al aire libre, si el nivel de polen es alto o muy alto.*

► **Firme del Padre** ◀ _____ **Fecha:** _____

Nombre del Medico: _____ **Teléfono del Medico:** _____

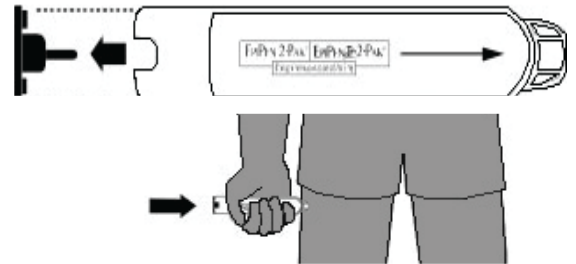
Yo, el padre/encargado(a) del alumno(a) en cuestión, Autorizo al médico de mi niño(a) a proveer a los de la clínica de la escuela cualquiera información o copias de archivos que tienen que ver con alergias. Entiendo que desde el 14 de abril, 2003, sujeto a las provisiones del acta de la responsabilidad de dar cuenta y de la portabilidad de archivos de salud, que existen límites para poder compartir información medica. Autorizo que compartan la información medica para poder ayudar con las necesidades medicas de mi hijo(a) mientras este inscrito en el sistema de escuelas publicas del condado de Fayette. Esta autorización se vence el último día del año escolar.

MONITORING

Stay with student; alert healthcare professionals and parent. Tell EMS epinephrine was given; request an ambulance with epinephrine. Note time when epinephrine was administered. A second dose of epinephrine can be given 5 minutes or more after the first if symptoms persist or recur. For a severe reaction, consider keeping student lying on back with legs raised. **Treat student even if parents cannot be reached.** See back for epinephrine auto-injection medication.

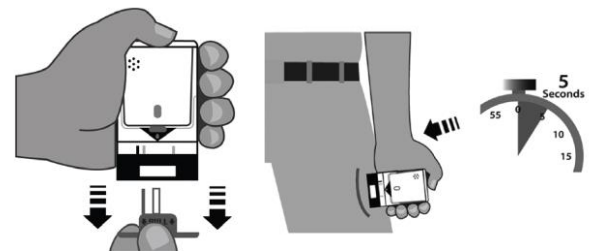
EpiPen® (epinephrine) Auto-Injector Directions

1. Remove the EpiPen Auto-Injector from the plastic carrying case.
2. Pull off the blue safety release cap.
3. Swing and firmly push orange tip against mid-outer thigh.
4. Hold for approximately 10 seconds.
5. Remove and massage the area for 10 seconds.



Auvi-Q™ (epinephrine injection, USP) Directions

1. Remove the outer case of Auvi-Q.
This will automatically activate the voice instructions.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end against mid-outer thigh.
4. Press firmly and hold for 5 seconds.
5. Remove from thigh.



Adrenallick® Generic Directions

1. Remove the outer case.
2. Remove grey caps labeled "1" and "2".
3. Place red rounded tip against mid-outer thigh.
4. Press down hard until needle penetrates.
5. Hold for 10 seconds. Remove from thigh.



RECORD de ENTRENAMIENTO - Llame al 911

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Maestro</i>	<i>Clase de Entrenamiento</i>	<i>Firma de Entrenador</i>

Implementado: Agosto 2000

Alterado: Febrero 6, 2002; Mayo 2003; Agosto 2, 2004; Marzo 7, 2006; Julio 13, 2010; Julio 20, 2011; 20 de marzo de 2013; 10 de Febrero 2014; Marzo 12, 2014; Mayo 16, 2014; Mayo 12, 2020