

Plan de acción para reacción alérgica en los estudiantes de Escuelas primarias de LISD

Coloque la foto del estudiante aquí

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Plantel: _____ Grado: _____ Maestro _____

Alergia severa a: _____

Asma: Si (alto riesgo de una reacción severa) No **Peso** ____ lbs.

Historial del estudiante y signos de advertencia:

| SÍNTOMAS LEVES | |
|------------------|--------------------------------------|
| Piel: | Pocas erupciones, picazón leve |
| Boca: | Picazón en la boca |
| Estómago: | Nauseas/malestar leve |
| Nariz: | Secreción nasal, picazón, estornudos |

| SÍNTOMAS SEVEROS | |
|------------------|---|
| Piel: | Muchas erupciones por todo el cuerpo, enrojecimiento, hinchazón de la cara, ojos o labios |
| Pulmones: | Falta de respiración, respiración sibilante, tos repetitiva |
| Garganta: | Tirantez de la garganta, ronquera, dificultad para respirar o tragar |
| Boca: | Hinchazón de la lengua y/o labios |
| Estómago: | Vómitos, diarreas, cólicos fuertes |
| Corazón: | Palidez, piel azulada, desmayo, pulso débil, mareado, confusión, pérdida de consciencia |
| Otros: | Ansiedad, sentirse mal o sensación de muerte eminente |

PLAN DE TRATAMIENTO:

(DOS OPCIONES – POR FAVOR MARQUE SÓLO UNA) ↓

Plan 1: Para SÍNTOMAS LEVES:

Síntomas leves en **MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO** (piel, boca, estómago o nariz) son **TRATADOS COMO SÍNTOMAS SEVEROS!!!** Administre **EPINEFRINA**.

Síntomas leves de una sola área del cuerpo:

- Administre **antihistamínico** si es ordenado.
- Permanezca con el estudiante y monitoree si los síntomas empeoran.
- Si los síntomas empeoran, **USE EPINEFRINA** (trate como síntomas **SEVEROS**)
- Contáctelos padres.

Para SÍNTOMAS SEVEROS:

- INJECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.**
- Llame al 911.**
- Administre **antihistamínico** y luego el **inhalador** si es ordenado (y si todavía no lo ha usado).
- Acueste a la persona de manera plana, levante las piernas y manténgala caliente. Si la respiración es difícil o hay vómitos, permita que se siente o se acueste de lado.
- Si los síntomas no mejoran o regresan, puede necesitar más epinefrina. Mire el orden si necesita repetir la dosis y cuando debe ser repetida la dosis.
- Llame a los padres.

MEDICAMENTOS Y DOSIS ORDENADAS

Marca del antihistamínico:
 Benadryl o Diphenhydramine
 Otro: _____

Dosis del antihistamínico:
 12.5 mg 18.75 mg 25 mg
 31.25 mg 37.5 mg 43.75mg
 50 mg

Notas de la enfermera: _____ mg=_____

Dosis de EPINEFRINA:
 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Marca de la EPINEFRINA:
 EpiPen Auvi-Q

Si no mejora, administre una segunda dosis de Epinefrina en _____ minutos.

El estudiante no tendrá una segunda dosis de Epinefrina en la escuela _____ Iniciales del padre/madre

Plan 2: Administre Epinefrina inmediatamente para CUALQUIER síntoma si el alérgeno probablemente fue ingerido:

- INJECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE**
- Llame al 911.**
- Administre **Antihistamínico** y luego el **inhalador** si es ordenado.
- Acueste la persona de manera plana, levante las piernas y manténgala caliente. Si la respiración es difícil o hay vómitos, permita que se siente o se acueste de lado.
- Si los síntomas no mejoran o regresan, puede necesitar más epinefrina. Mire el orden si necesita repetir la dosis y cuando debe ser repetida la dosis.
- Llame a los padres

Inhalador u otro (e.j., inhalador-broncodilatador si es asmático):

Marca: _____

Dosis: _____ Vía: _____

Frecuencia: _____

Indicaciones de uso: _____

Solicito y autorizo al personal de Lewisville ISD a administrar el medicamento mencionado según recetado. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar a cualquier persona/s cualificada/s para administrar estos medicamentos. Este formulario es válido por un año escolar. El médico debe tener licencia para ejercer en Texas. Las ordenes temporales (2 meses) por parte de médicos fuera del estado de Texas son aceptables para iniciar el tratamiento de estudiantes nuevos al distrito. Se requiere una firma para autorizar a la enfermera certificada y al doctor que receta a discutir y/o aclarar la orden de medicamento y la respuesta del estudiante al plan de tratamiento. **No se les permite a los estudiantes de escuela primaria transportar medicamentos. Los medicamentos que no hayan sido recogidos al final del año escolar se desecharan apropiadamente.**

| | |
|---|--|
| Firma del médico: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____ Oficina #: _____ Fax #: _____ Dirección: _____ | Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____ |
|---|--|