

# Plan de acción para reacción alérgica en estudiantes de Escuelas Secundarias de LISD

**Coloque la foto del estudiante aquí**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Plantel: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Alergia severa a: \_\_\_\_\_

Historial del estudiante y signos de advertencia: \_\_\_\_\_

Asma: \_\_\_ Si \_\_\_ No

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

SÍNTOMAS SEVEROS	
<b>Piel:</b>	Muchas erupciones por todo el cuerpo, enrojecimiento, hinchazón de la cara, ojos o labios
<b>Pulmones:</b>	Falta de respiración, respiración sibilante, tos repetitiva
<b>Garganta:</b>	Tirantez de la garganta, ronquera, dificultad en respirar o tragar
<b>Boca:</b>	Hinchazón de la lengua y/o labios
<b>Estómago:</b>	Vómitos, diarreas, cólicos fuertes
<b>Corazón:</b>	Palidez, piel azulada, desmayo, pulso débil, mareado, pérdida de consciencia
<b>Otros:</b>	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 en 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**)
- Llame a los padres.

**Para SÍNTOMAS SEVEROS:**

- INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.**
- Llame al 911.**
- Administre **antihistamínico** y luego el **inhalador** si es ordenado (y si todavía no ha sido 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 la orden si necesita repetir la dosis y cuando debe ser repetida la dosis.
- Llame a los padres.

**O**

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

- INYECTE 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 la orden si necesita repetir la dosis y cuando debe ser repetida la dosis.
- Llame a los padres

**MEDICAMENTOS Y DOSIS ORDENADAS**  
El estudiante puede llevar consigo y administrar medicamentos, y se le ha instruido sobre el uso apropiado **S N**

**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= \_\_\_\_\_  
El medicamento se mantiene \_\_\_ con el estudiante \_\_\_ en la clínica \_\_\_ ambos

**Dosis de EPINEFRINA:**  
[ ] 0.15 mg IM [ ] 0.3 mg IM

**Marca de la inyección:** \_\_\_\_\_

[ ] 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 \_\_\_\_\_  
El medicamento se mantiene \_\_\_ con el estudiante \_\_\_ en la clínica \_\_\_ ambos

**Inhalador**

Marca: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Indicaciones de uso: \_\_\_\_\_  
El medicamento se mantiene \_\_\_ con el estudiante \_\_\_ en la clínica \_\_\_ ambos

Solicito y autorizo al personal de Lewisville ISD a administrar el medicamento mencionado según recetado. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar 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 distritos. Se requiere una firma para autorizar a la enfermera certificada y al doctor que receta para 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: _____
---	--