



**Severa Reacción Alérgica**  
**Plan de Atención de Emergencia para escuela /o Excursiones**  
**Debe ser completada cada año**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Maestra (o)/Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estimado Padre:

Entendemos que su hijo(a) es alérgico a \_\_\_\_\_.

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela lo más pronto posible. **Si su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela, debemos tener un formulario de autorización de medicamentos completo. Si su hijo(a) tiene necesidades de dietas especiales, por favor consulte al encargado (a) de la cafetería de la escuela. Es su responsabilidad informar al personal escolar (después de escuela) sobre las necesidades médicas de su hijo(a).**

\_\_\_\_\_  
Enfermera Escolar

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**Por favor, circule lo siguiente con respecto a las alergias de su hijo(a):**

Oral: Si / No    Contacto: Si / No    Transportado por aire: Si / No

**Señales de una Reacción Alérgica** incluyen lo siguiente: Favor, circule las señales que su hijo(a) ha experimentado.

- **Boca**                      comezón e hinchazón de labios, lengua, o boca
- **Garganta**                comezón y/o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos
- **Piel**                        ronchas, erupción cutánea con picazón, y/o hinchazón en la cara o extremidades
- **Estomago**                náusea, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea
- **Pulmones**                falta de respiración, tos persistente o silbido
- **Corazón**                 pulso "filiforme", "desmayo"

**Cualquiera de los siguientes síntomas indica que una situación de riesgo de vida se está desarrollando:**

- dificultad para respirar o silbidos                      • sonido fuerte como una corteza en la garganta al respirar
- pérdida de color alrededor de los labios                • inconsciente

\_\_\_\_ Estudiante lleva medicina de emergencia (La escuela no asumirá ninguna responsabilidad por los estudiantes que se auto mediquen.)

\_\_\_\_ Estudiante tiene su medicina de emergencia situado en \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ Estudiante no tiene medicamento.

\_\_\_\_ Estudiante ya no requiere tratamiento para las alergias.

**Intervenciones:**

- Si el estudiante tiene su medicina de emergencia dígame que lo use o ayúdelo con la administración de sí misma.

**Anote el tiempo de administración.**

- **Permanezca con el estudiante.**
- **Llame al personal de auxilios y notifique a los padres.**
- **Llame al 911** cuando la medicina de emergencia ha sido usada, o se nota dificultad al respirar.
- Continúe monitoreando la respiración. Si el estudiante tiene silbido, un sonido fuerte como una corteza en la garganta al respirar, o si los labios se vuelven pálidos o azules, entonces una situación de riesgo de vida se está desarrollando.
- **Si deja de respirar, comience la respiración de rescate.**

**La enfermera escolar puede comunicarse con el proveedor (es) de cuidado de salud del estudiante:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Los maestros son responsables de establecer un medio de notificar a todas las personas que puedan asumir la responsabilidad de este estudiante (ayudantes de maestros, maestros sustitutos, maestros especiales), que este plan existe.**