



## Plan de atención de reacciones alérgica graves

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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 una dieta especial, por favor consulte al encargado (a) de la cafetería de su escuela. Es su responsabilidad informar al personal de la escuela sobre las necesidades médicas de su hijo(a). Este plan de atención se mantendrá en el archivo de su estudiante. Si es necesario hacer cambios a este plan de atención, por favor notifique a su Enfermera Escolar.

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 los siguiente: Favor, circule las señales que su hijo(a) ha experimentado.

- Boca      comezón e hinchazón de los labios, lengua, o boca
- Garganta      comezón y/o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos
- Piel      ronchas, sarpullido con picazón, y/o hinchazón en la cara o las extremidades
- Estomago      náusea, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea
- Pulmones      dificultad para respirar, tos repetida y/o sibilancias
- Corazón      pulso "filiforme", "desmayo"

### CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS INDICA QUE SE ESTA DESARROLLANDO UNA SITUACION QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA :

- dificultad para respirar o sibilancias
- sonido fuerte como una corteza en la garganta al respirar
- pérdida de color alrededor de los labios
- perdida del conocimiento

\_\_\_\_\_ El estudiante requiere medicamentos de emergencia en la escuela. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

\_\_\_\_\_ El estudiante no tiene medicamentos.

\_\_\_\_\_ El estudiante ya no requiere tratamiento para las alergias.

### INTERVENCIONES DEL PERSONAL ESCOLAR:

- Si el estudiante tiene su medicamento de emergencia, dígame que lo use o ayude a administrarlo. Anote el tiempo dado.
- Permanezca con el estudiante.
- **Llame al personal de primeros auxilios y notifique a los padres.**
- **CUANDO SE USAN LOS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA O HAY DIFICULTAD PARA RESPIRAR, LLAME AL 911.**
- **Continúe monitoreando la respiración. Si el estudiante tiene sibilancias, un sonido áspero similar a la corteza dura con la respiración o si los labios se vuelven pálidos o azules, se está desarrollando una reacción potencialmente mortal.**
- **SI DEJA DE RESPIRAR, COMIENCE LA RESPIRACION DE RESCATE.**

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

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

Fecha en que se completó el formulario \_\_\_\_\_

Los maestros son responsables de establecer un medio para notificar a todos los demás que puedan asumir la responsabilidad de este estudiante (asistentes de maestros, maestros sustitutos, maestros especializados), de que este plan existe.