

El registro de salud de su hijo/a indica que ella/ él tiene alergias severas. Por favor haga que su proveedor del cuidado de la salud, quien está licenciado para prescribir medicinas, complete este formulario o proporcione un plan de emergencia por escrito con instrucciones para la enfermera de la escuela y para la supervisora de nutrición de la escuela

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NAC.:
ESCUELA:	GRADO:

PLAN DE RESPUESTA DE PREVENCIÓN Y EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES CON ALERGIAS

Las siguientes secciones deberán ser completadas por MD, DO, APN, o PA, licenciado/a para prescribir medicinas con directrices de cuidado en el ambiente escolar.

El/La estudiante tiene una alergia severa o de peligro de vida a:

	INGESTIÓN	INHALACIÓN	INYECCIÓN (PICAR/MORDER)	CONTACTO DE PIEL
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLAN DE ACCIÓN para reacción alérgica de peligro de vida o severa:

Proporcione un tratamiento STAT si los siguientes síntomas ocurren después de la exposición a una alergia de peligro de vida (marque abajo)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen: náusea, dolor de estómago/calambres, vómitos, diarrea | <input type="checkbox"/> Respiratorio: falta de aliento, tos repetitiva, jadeo |
| <input type="checkbox"/> General: pánico, fatiga súbita, escalofríos, miedo de muerte inminente | <input type="checkbox"/> Piel: urticaria, salpullido, hinchazón de la cara o de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Boca: picazón, hormigueo, o hinchazón de los labios, lengua, o boca | <input type="checkbox"/> Garganta: sentir apretazón en la garganta, ronquera, tos seca |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Tratamiento:

1. Administrar epinefrina (dosis/ruta/intervalo) _____
2. Llamar al 911
3. Continuar siendo observado/a por la enfermera hasta que el EMS llegue
4. Otro: _____

Prevención a la exposición de conocidas alergias severas o de peligro de vida a comidas:

La regulación 7 CFR Parte 15B de USDA requiere la sustitución o la modificación en las comidas de la escuela para niños con alergias diagnosticadas severas o de peligro de vida.

Alimentos a suprimir:	Sustituciones:	Alimentos a suprimir:	Sustituciones:
<input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Completo _____ <input type="checkbox"/> Ingrediente en Receta _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Leche _____ <input type="checkbox"/> Queso _____ <input type="checkbox"/> Suero _____	
<input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Gluten _____ <input type="checkbox"/> Localizar Cantidad _____ <input type="checkbox"/> Ingrediente en Receta _____		<input type="checkbox"/> Ingrediente en Receta _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Lecitina de Soja _____ <input type="checkbox"/> Aceite _____ <input type="checkbox"/> Proteína de Soja Aislada _____ <input type="checkbox"/> Ingrediente en Receta _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Arbol de Nuez _____ <input type="checkbox"/> Maní/Cacahuete _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	
		<input type="checkbox"/> Pescado _____ <input type="checkbox"/> Mariscos _____ <input type="checkbox"/> Otro No Incluido en la Lista _____	

Las alergias o las intolerancias no severas y que no peligran la vida deberían ser listadas abajo con las sustituciones apropiadas.

El servicio de alimentos de la escuela determinará si acomodaciones razonables pueden hacerse basadas en casos individuales..

Otras Alergias: (marque) SI NO Indique las Alergias: _____
Asma: (marque) SI NO _____

Respuesta a la reacción a todos otros alérgicos: Dar un tratamiento rápido si el estudiante tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

Tratamiento:

1. Administrar: _____
2. Contacto: _____
3. Otro: _____

Nombre del Proveedor del Cuidado de la Salud (Imprenta): _____ MD DO APN PA Fecha: _____

Nombre del Proveedor del Cuidado de la Salud (Firma) : _____ Teléfono: _____

Le doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar este plan. Yo proporcionaré las medicinas en un contenedor original y notificaré a la enfermera de la escuela de cualquier cambio. Yo entiendo que el personal de la escuela relevante será notificado de las alergias de mi hijo/a y que yo voy a necesitar trabajar con la supervisora de nutrición de la escuela sobre cualquier alergia de comida.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____ # Teléfono: _____