

PLAN DE EMERGENCIA DE ALERGIA DE COMIDA DE ILLINOIS Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO



NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

MAESTRO/A: _____ GRADO ESCOLAR: _____

ALERGIA A: _____

Peso: _____ lbs

Asma: SI (Alto riesgo de tener una reacción severa) NO

**SINTOMAS SEVEROS DESPUES DE QUE SE
SOSPECHE QUE SE HA INGERIDO ALGUN
ALERGENO:**

PULMONES: Falta de Aire, dificultad para respirar, tos frecuente
 CORAZON: Palidez, azul, desmayo, pulso débil, mareado, confundido
 GARGANTA: Apretada, problemas para tragar/respirar, ronca
 BOCA: Hinchazón (lengua)
 PIEL: Urticarias por todo el cuerpo o combinación de síntomas en diferentes partes del cuerpo:
 PIEL: Urticarias, roncha con comezón, hinchazón
 ESTOMAGO: Vomito, dolor

INYECTE EL EPINEFRINO IMEDIA TAMENTE

--Llame al 911
 --Empiece a monitorear (mirar abajo)
 --Medicamentos adicionales:
 --Antihistamina
 --Inhalador (broncodilatador) si es asma

Inhaladores/broncodilators y antihistamina no son para depender de ellos para tratar una reacción severa (anaphulaxis) Use Epinefrina.

**Cuando tenga dudas, use epinefrina. Síntomas pueden empeorar rápidamente.

SINTOMAS LEVES SOLAMENTE

Boca: Comezon en la boca
 Piel: Algunas urticarias alrededor de la boca/cara con poca comezón
 Estomago: Nausea leve/disgusto

ADMINISTRE EL ANTIHISTAMINICO
 -Manténgase con el niño/a, de aviso a al doctor y a los padres.

SI LOS SINTOMAS SE AGRAVAN (Mira arriba), INYECTE EPINEFRINO

- Si esta marcado, administre epinefrina para cualquier síntoma si hubo probabilidades de que el alergen se hay consumido
- Si esta marcado, administre epinefrina antes de que los síntomas aparezcan si se ha consumido el alergen.

MEDICAMENTO/DOSIS

EPINEFRINA (MARCA Y DOSIS): _____

ANTISHISTAMINICO (MARCA Y DOSIS) _____

OTRO (ej: inhalador para el asma): _____

Monitoreo: Manténgase con el niño/a. Comuníquele al equipo de rescate si se le administro la epinefrina. Una segunda dosis de epinefrina puede ser administrada en algunos minutos después de que le administro la primera dosis si los síntomas empeoran o vuelven a aparecer. Para una reacción severa, considere poner al niño/a acostado de espalda con los pies levantados. De tratamiento al niño/a aunque los padres no puedan ser contactados.

- El estudiante puede traer con si mismo epinefrina
- El estudiante se puede auto administrar epinefrina

CONTACTOS: 911 Equipo de Rescate () _____

Padres/Tutor: _____ Tel: () _____

Nombre/Parentesco: _____ Tel: () _____

Nombre/Parentesco: _____ Tel: () _____

Firma del Doctor Autorizado: _____ Tel: () _____ Fecha _____
 (Requerida)

Doy autorización al personal del distrito escolar para darle servicios médicos de emergencia de acuerdo a este plan, incluyendo la administración de medicamentos a mi hijo/a. Entiendo que el Gobierno Local y Empleados del Gobierno están protegidos bajo el Acto de Inmunidad Tort de cualquier adeudo que salga de acciones tomadas con este plan. También autorizo al personal de la escuela de compartir la información medica de mi hijo/a con acompañantes y otras personas no empleadas por el distrito escolar en caso de que la emergencia ocurra durante un evento o paseo para darle la protección necesaria, prevención de una reacción alérgica o tratamiento de emergencia para mi hijo/a con la implementación de este plan.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____