



# Distrito Escolar Conjunto de Jefferson #251

## Plan de Emergencia para Anafilaxia/Alergia Severa (AEP)

(For District Use)  
Effective Date:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

El año: \_\_\_\_ El estudiante tiene **alergia** a: \_\_\_\_\_

El niño ha tenido anafilaxia.  Yes  No

El niño tiene asma  Yes  No (en caso afirmativo, mayor probabilidad de reacción grave)

### En caso afirmativo, mayor probabilidad de reacción grave:

Almacenado en oficina  En posesión del estudiante - Ubicación: \_\_\_\_\_

### La anafilaxia es una reacción alérgica grave potencialmente mortal.

No existen **contraindicaciones absolutas** para el uso de epinefrina en una situación que pone en peligro la vida.

### En caso de duda, ADMINISTRAR EPINEFRINA.

Si se marca, **administre epinefrina** inmediatamente si el alérgeno fue ingerido **PROBABLEMENTE**, para **CUALQUIER síntoma**.

Si está marcado, **administre epinefrina** inmediatamente si el alérgeno fue **DEFINITIVAMENTE** ingerido, incluso si **no hay síntomas aparentes**.

**Compruebe los síntomas:** Por exposición a un alérgeno (comida, picadura de insecto), si los **SÍNTOMAS** están en **amarillo** casillas a continuación **0 si 2 o más ÁREAS** están afectadas, **¡IDÉ EPINEFRINA!**

AREAS	SÍNTOMAS		Círculo uno
<b>Garganta</b>	Estrechamiento de la garganta, ronquera, tos seca	<b>Dar Epinefrina</b>	Entonces: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>Pulmón</b>	Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias	<b>Dar Epinefrina</b>	Entonces: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>Corazón</b>	Desmayo, labios o piel pálidos, azules o grises	<b>Dar Epinefrina</b>	Entonces: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>Boca</b>	Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca		Dar: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>Piel</b>	Urticaria, hinchazón en la cara o las extremidades, sarpullido con comezón		Dar: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>Intestino</b>	Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea		Dar: Benadryl Zyrtec Inhalador
<b>General</b>	Pánico, fatiga repentina, escalofríos, miedo a la muerte inminente		Dar: Benadryl Zyrtec Inhalador

### Pasos a seguir:

- \* Administre epinefrina, seguida de Benadryl/Zyrtec/Inhalador si se prescribe. Anote el tiempo administrado.
- \* ¡Dígale a otra persona que **LLAME AL 911!** Informar al despacho que el estudiante está teniendo una alergia SEVERA reacción y se ha administrado epinefrina.
- \* **NO dude en administrar medicamentos o llamar al 911.**
- \* Acueste a la persona con las piernas elevadas. La persona puede permanecer sentada si tiene dificultad para respirar. No te pares.
- \* Quédese con el estudiante hasta que llegue EMS. No le dé al estudiante nada para comer o beber.
- \* Si han pasado 5 minutos y los síntomas no han disminuido o los síntomas regresan, administre otra dosis de epinefrina

**RECORDATORIO IMPORTANTE** - ¡Si el niño no puede autotratarse, un adulto debe administrarle el medicamento!

\*\*\*El Plan de emergencia de anafilaxia con la información de prescripción de medicamentos incluida y las firmas del proveedor independiente autorizado y del padre/tutor requiere una revisión o renovación anual.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**Medicamentos de emergencia:** \_\_\_\_\_ Peso aproximado del estudiante: \_\_\_\_\_ lbs or \_\_\_\_\_ kg

1. **Marca de epinefrina:** \_\_\_\_\_
- Autoinyector de epinefrina 0.15mg (patients who weigh 15 to 30 kg /33 – 66 pounds), IM
  - Autoinyector de epinefrina 0.30mg (patients who weigh over 30 kg /66 pounds), IM
  - Otra dosis/vía (es decir. Nasal): Dosis \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

**Para inyecciones intramusculares, inyecte en la parte superior externa del muslo y sostenga de 3 a 10 segundos**

Propósito de la medicación: tratamiento de la anafilaxia  
 Posibles efectos secundarios: aumento del ritmo cardíaco, piel pálida, temblor

Disposición del estudiante después de la administración de medicamentos: \_\_\_\_\_  
**llame al 911, se requiere observación médica.**

2. Antihistamínico, por vía oral: **Nombre** \_\_\_\_\_ **Dosis** \_\_\_\_\_  
 Propósito del medicamento: Tratamiento de reacción alérgica  
 Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Disposición del estudiante después de la administración de medicamentos: \_\_\_\_\_

3. Otro (es decir. Inhalador): **Nombre** \_\_\_\_\_ **Dosis** \_\_\_\_\_  
 Ruta: \_\_\_\_\_ Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_  
 Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_

Disposición del estudiante después de la administración de medicamentos: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:**

Como padre / tutor del estudiante nombrado:  
 \* Acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de cualquier reclamo, acción, costo, gasto, daño y responsabilidad, incluidos los honorarios de abogados, que surjan, estén conectados o resulten de la administración de medicamentos.  
 \* Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar, la Junta de Educación, los Empleados de la Junta de Educación y sus Agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja o esté relacionada con la administración de medicamentos.  
 \* Acepto que no instituiré, ya sea en nuestro propio nombre o en nombre del alumno, ningún reclamo o acción contra la Junta de Educación, los empleados de la Junta de Educación y sus agentes que surja o esté relacionado con la administración de medicamentos.  
 \* Entiendo que este acuerdo debe estar firmado y en pleno efecto antes de la administración del medicamento.  
 \* Mi hijo y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros.  
 \* Entiendo que las autoridades escolares notificarán a los padres/tutores al final del año escolar para que recojan el medicamento. Los medicamentos que no sean recuperados por el padre/tutor dentro de un período de siete días de la notificación por parte de las autoridades escolares serán destruidos por la enfermera del distrito en presencia de un testigo.  
 \* Entiendo que soy responsable de notificar a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud, atención u orden de medicación de mi hijo.

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ ( )  
 Mejor número de teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR – Autorización para Intercambio de Información Estudiantil Confidencial**

Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo (nombre) \_\_\_\_\_ a intercambiar información médica confidencial con la enfermera del distrito para completar este plan de atención y para intercambiar información y registros médicos por no más de 12 meses después de la fecha de la firma.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Al firmar la autorización, entiendo que las partes mencionadas anteriormente pueden intercambiar información escrita y verbal sobre mi hijo. Las partes también pueden aceptar una fotocopia de este formulario de liberación y darle la misma vigencia y efecto que el original. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando una copia de mi revocación a las partes mencionadas anteriormente. La información utilizada o divulgada en virtud de este comunicado puede ser divulgada por el distrito escolar como un registro educativo, de conformidad con FERPA y es posible que ya no esté protegida por HIPAA.

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO - Nivel de Independencia del Estudiante**

Confirmando que el estudiante tiene un diagnóstico **de anafilaxia/alergia grave y**, según mi evaluación:  
 Este estudiante ha sido instruido en la forma correcta de administrar medicamentos de rescate y es capaz de portar y autoadministrarse estos medicamentos.  
 Este estudiante requiere que un adulto capacitado administre medicamentos de rescate.

Nombre del proveedor independiente con licencia (LIP) (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ ( )  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma LIP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_