

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA (ALERGIA A ALIMENTOS)

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____
 Nombre de la Madre: _____ Tel. del Trabajo: _____
 Nombre del Padre: _____ Tel. Móvil: _____
 Nombre del Doctor: _____ Tel. del Trabajo: _____
 _____ Tel. Móvil: _____
 _____ Tel. del Doctor: _____

Hospital: _____ Seguro Médico: _____ Póliza #: _____



ALLÉRGICO A: _____
 ASMÁTICO Sí* No *Alto riesgo de una reacción severa

Tratamiento Usual: No comer ni tocar nada que contenga lo mencionado arriba, ni tampoco ningún derivado de éste.

Acciones que debe tomar el Maestro o la Oficina: El maestro (a) debe permanecer con el estudiante

- Llamar a la oficina para pedir ayuda. La oficina debe llamar al 911. Si no logra contactar a la oficina, LLAMAR al 911 desde el salón de clases (dial 8-911), enviar a dos estudiantes y a un adulto a la oficina con la tarjeta de notificación de emergencia.
- Si está afuera, pida a alguien que corra al salón más cercano y que llamen a la oficina para pedir ayuda y que la oficina llame al 911.
- El personal capacitado debe dar el medicamento como ha sido indicado por el doctor. Si es Epinefrina: Inyectar el Epi - Pen en el costado de la parte superior del muslo. No es necesario quitar la ropa. Ver las instrucciones adjuntas.
- FAVOR DE ANOTAR LA HORA EN LA QUE EL EPIPEN SE LE APLICÓ: _____.

Señales de Emergencia

Sistemas Síntomas **Dar el Medicamento Indicado**
(Determinado por el doctor, autorizando el tratamiento)

Si se ha ingerido un alimento alérgeno, pero no hay síntomas		Epinefrina	Antihistamínico
BOCA	Comezón e hinchazón en los labios, lengua, o boca.	Epinefrina	Antihistamínico
PIEL	Urticaria, salpullido con picazón, y/o hinchazón en la cara y/o extremidades	Epinefrina	Antihistamínico
ESTOMAGO	Náusea, dolor abdominal, vómito, y/o diarrea	Epinefrina	Antihistamínico
GARGANTA	Comezón y/o sensación de presión en la garganta, ronquera y tos seca	Epinefrina	Antihistamínico
PULMONES	Falta de aire, tos repetitiva, y/o respiración silbante	Epinefrina	Antihistamínico
CORAZON	Pulso "débil", "desmayo"	Epinefrina	Antihistamínico
OTRO		Epinefrina	Antihistamínico
Si la reacción está empeorando (varios de las áreas de arriba afectadas), dar:		Epinefrina	Antihistamínico

DOY MI AUTORIZACION PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____
 Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____
 Firma del Maestro (a): _____ Fecha: _____
 Firma del Doctor: _____ Fecha: _____
 (REQUERIDO)