

# EMERGENCY HEALTH CARE PLAN (FOOD ALLERGY)

Student Name: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Home Phone #: \_\_\_\_\_  
 Mother's Name: \_\_\_\_\_ Work Phone #: \_\_\_\_\_  
 Mobile #: \_\_\_\_\_  
 Father's Name: \_\_\_\_\_ Work Phone #: \_\_\_\_\_  
 Mobile #: \_\_\_\_\_  
 Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone #: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_



\*\*\*\*\*

**ALLERGIC TO:** \_\_\_\_\_  
 ASTHMATIC      Yes\*                               No                               \*High risk for severe reaction

Usual Treatment: Not to eat or touch anything containing the above and their by-products

**Actions for Teacher or Office to Take:**                              Teacher should stay with student

- Call the office for help. Office to call 911. If not able to reach office, CALL 911 from classroom (dial 8-911) and send 2 students or an adult to the office with the emergency notification card.
- If outside, have someone run to the closest room and call the office for help and have the office call 911.
- Trained Staff to give medication as ordered by physician. If giving Epinephrine: Inject Epi-Pen in upper outer thigh. You do not have to remove any clothing. See the instructions attached.
- PLEASE WRITE THE TIME EPI-PEN WAS GIVEN \_\_\_\_\_.

## Signs of Emergency

**Systems:**    **Symptoms:**

**Give Checked Medication**  
 (TBD by physician authorizing treatment)

If food allergen has been ingested, but no symptoms		Epinephrine	Antihistamine
<b>MOUTH</b>	Itching & swelling of the lips, tongue, or mouth	Epinephrine	Antihistamine
<b>SKIN</b>	Hives, itchy rash, and/or swelling of the face and/or extremities	Epinephrine	Antihistamine
<b>GUT</b>	Nausea, abdominal cramps, vomiting and/or diarrhea	Epinephrine	Antihistamine
<b>THROAT</b>	Itching and/or sense of tightness in the throat, hoarseness & hacking cough	Epinephrine	Antihistamine
<b>LUNGS</b>	Shortness of breath, repetitive coughing, and/or wheezing	Epinephrine	Antihistamine
<b>HEART</b>	"thready" pulse, "passing-out"	Epinephrine	Antihistamine
<b>OTHER</b>		Epinephrine	Antihistamine
If reaction is progressing (several of the above areas affected), give:		Epinephrine	Antihistamine

\*\*\*\*\*

### I GIVE MY CONSENT FOR THIS INFORMATION TO BE SHARED WITH SCHOOL STAFF.

Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Nurse's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Teacher's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 (REQUIRED)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

## 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		<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>BOCA</b>	Comezón e hinchazón en los labios, lengua, o boca.	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>PIEL</b>	Urticaria, salpullido con picazón, y/o hinchazón en la cara y/o extremidades	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>ESTOMAGO</b>	Náusea, dolor abdominal, vómito, y/o diarrea	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>GARGANTA</b>	Comezón y/o sensación de presión en la garganta, ronquera y tos seca	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>PULMONES</b>	Falta de aire, tos repetitiva, y/o respiración silbante	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>CORAZON</b>	Pulso "débil", "desmayo"	<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
<b>OTRO</b>		<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>
Si la reacción está empeorando (varios de las áreas de arriba afectadas), dar:		<b>Epinefrina</b>	<b>Antihistamínico</b>

\*\*\*\*\*

**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)