SHEBOYGAN AREA
SCHOOL DISTRICT

Place Picture Here

Año Escolar _____

***PLAN DE ACCIÓN DE ALERGIA DEL ESTUDIANTE*** ***(Alergia a Insectos, Alimentos o Látex)***

***Anaphylaxis - SPANISH***

Nombre del Estudiante_____Fecha de Nac. _____

Escuela_____Grado_____Maestro/Salón_____

Padre/Guardián _____

Dirección_____

Teléfono (Casa)_____Teléfono (Cel.)_____Teléfono (Trabajo) _____

Padre/Guardián_____

Dirección_____

Teléfono (Casa)_____Teléfono (Cel.)_____Teléfono (Trabajo) _____

Contacto de Emergencia_____Relación_____

Teléfono (Casa)_____Teléfono (Cel.)_____Teléfono (Trabajo) _____

Doctor_____Teléfono_____

## PLAN DE MANEJO DE ALERGIAS

**Su hijo es alérgico a:** _____

Si su hijo es alérgico al látex, ¿deben de ser removidos los productos de látex de su entorno escolar?

☐ Si ☐ No ☐ No aplicable

Marque los síntomas que ha tenido su hijo durante reacciones alérgica en el pasado:

☐Ronchas ☐Comezón ☐Opresión en el Pecho. ☐Dificultad para Respirar
☐Hinchazón de la Lengua ☐Mareos ☐Disminución de Presión Arterial ☐Inconsciencia
☐Inflamación en el Sitio ☐Enrojecimiento en el Sitio. ☐Otro

Si sucede una reacción, ¿que tan pronto se produce la reacción y que medidas de primeros auxilios debe tomar el personal escolar?_____

¿Tiene su hijo Asma?: ☐ **Si (mayor riesgo a reacción severa)** ☐ **No**

**Peso del Niño:**_____lb.

¿Requiere su hijo de medicamentos para la alergia? ☐ Si. ☐ No ¿Que? _____

***Se Necesita Completar la forma Medication Authorization

¿Tiene su hijo un Epi Pen? ☐ Si ☐ No

¿Tiene su hijo un Epi Pen en la escuela? ☐ Si ☐ No ¿Donde? _____

*** Si se necesita dar medicina en la escuela, se debe de llenar la forma **Medication Authorization***
***Si su hijo requiere una dieta especial o sustitución de comidas relacionado a su alergia,
**debe** de comunicarse con el **Departamento de Nutrición** al (920) 208-4587

**Firma del Padre/Guardián**_____**Fecha** _____

PARA **CUALQUIERA** DE LOS SIGUIENTES:

## SÍNTOMAS **GRAVES**

**PULMONES**
Falta de aire, sibilancia, tos reiterada

**CORAZÓN**
Palidez, color azulado, desmayos, pulso débil, mareo

**GARGANTA**
Oclusión, voz ronca, dificultad para respirar/ tragar

**BOCA**
Hinchazón significativa de la lengua y/o los labios

**PIEL**
Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado

**INTESTINO**
Vómitos reiterados o diarrea grave

**OTRA ÁREA**
Sensación de que algo malo sucederá, ansiedad, confusión

**O UNA COMBINACIÓN** de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.

1. **INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.**
2. **Llame al 911.** Comuníqueles que el niño presenta un cuadro de anafilaxia y puede necesitar epinefrina a su llegada.

- Considere administrar más medicamentos luego de la epinefrina:
  - » Agentes antihistamínicos.
  - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia.
- Recueste al niño, levántele las piernas y manténgalo abrigado. Si tiene problemas para respirar o vomita, hágalo sentarse o recostarse sobre un lado.
- Si los síntomas no mejoran, o regresan, pueden administrarse más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
- Avise a los contactos de emergencia.

## SÍNTOMAS **LEVES**

**NARIZ**
Picazón/ secreción nasal, estornudos

**BOCA**
Picazón bucal

**PIEL**
Algunas ronchas, picazón leve

**INTESTINO**
Náuseas leves/ molestias

PARA **SÍNTOMAS LEVES** DE **MÁS DE UNA** DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

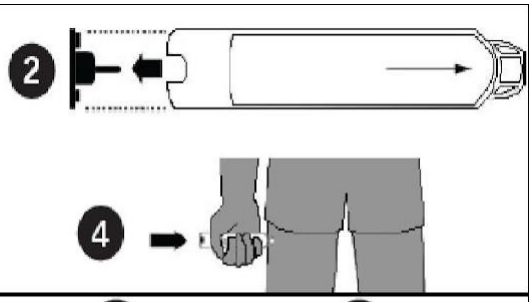
PARA **SÍNTOMAS LEVES** DE **UNA ÚNICA ÁREA** DEL CUERPO, SIGA LAS INDICACIONES A CONTINUACIÓN:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, si así lo indica el médico.
2. Quédese con el niño; avise a los contactos de emergencia.
3. Observe detenidamente para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

**NOTA: No dependa de agentes antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.**

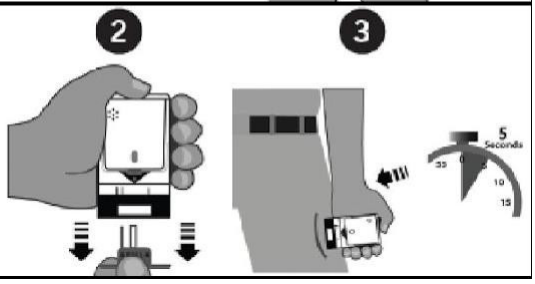
## EPIPEN® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR DIRECTIONS

1. Remove the EpiPen Auto-Injector from the plastic carrying case.
2. Pull off the blue safety release cap.
3. Swing and firmly push orange tip against mid-outer thigh.
4. Hold for approximately 10 seconds.
5. Remove and massage the area for 10 seconds.



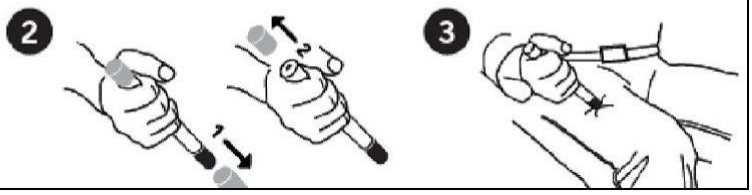

## AUVI-Q™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP) DIRECTIONS

1. Remove the outer case of Auvi-Q. This will automatically activate the voice instructions.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end against mid-outer thigh.
4. Press firmly and hold for 5 seconds.
5. Remove from thigh.




## ADRENACLICK®/ADRENACLICK® GENERIC DIRECTIONS

1. Remove the outer case.
2. Remove grey caps labeled "1" and "2".
3. Place red rounded tip against mid-outer thigh.
4. Press down hard until needle penetrates.
5. Hold for 10 seconds. Remove from thigh.




Esta información se puede compartir con los maestros del salón, conductor de autobús, y otro personal escolar apropiado. . *www.foodallergy.org/document.doc?id=234*