

SHEBOYGAN

AREA SCHOOL DISTRICT

Año Escolar _____

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

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro/Salón _____

Padre/Guardián _____

Dirección _____

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

Parent/Guardian _____

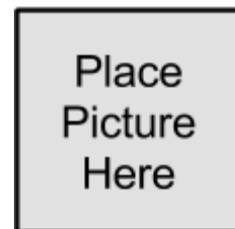
Dirección _____

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

Circula los síntomas que ha tenido su hijo durante la pasadas reacciones alérgicas:

Ronchas	Comezón	Opresión en el Pecho	Dificultad para Respirar
Hinchazón de la Lengua en el Sitio	Mareos	Disminución de Presión Arterial	Inconsciencia Inflamación
	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 de reacción severa) [] No

Peso Actual 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.**

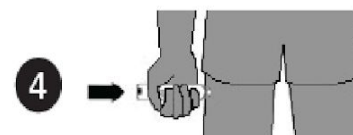
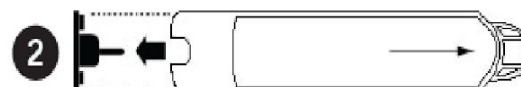
**PARA SÍNTOMAS LEVES DE UNA ÚNICA ÁREA DEL
CUERPO, SIGA LAS INDICACIONES A CONTINUACIÓN:**

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.

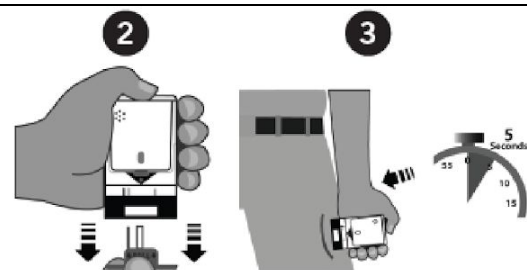
EPIPEN® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR DIRECTIONS

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.



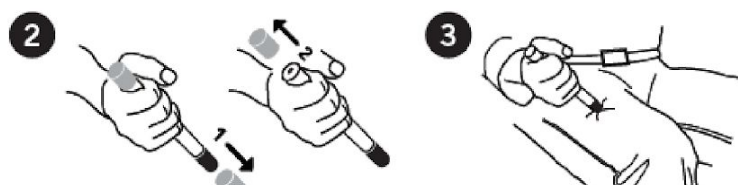
AUVI-Q™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP) DIRECTIONS

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