

| ALERGIA Y ANAFILAXIS | | Año escolar: | Foto |
|---|-------------------------|--|----------------------------|
| Plan de atención médica individualizado simplificado (sIHP)/Plan de acción de emergencia (EAP) Formulario de autorización y autoadministración de medicamentos De acuerdo con UCA 26-41-104 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah | | | |
| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE | | | |
| Asma: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, alto riesgo de reacción grave complete también el Plan de acción contra el asma) | | | |
| Estudiante: | Fecha de Nacimiento: | Grado: | Escuela: |
| Padre: | Teléfono: | Correo electrónico: | |
| Médico: | Teléfono: | Fax o Correo electrónico: | |
| Enfermera escolar: | Teléfono de la escuela: | Fax o Correo electrónico: | |
| ALÉRGICOS) | | | |
| Alergia a: | | | |
| <input type="checkbox"/> Si se marca, administre epinefrina inmediatamente si el alérgico fue ingerido PROBABLEMENTE, para CUALQUIER síntoma. <input type="checkbox"/> Si está marcado, administre epinefrina inmediatamente si el alérgico fue DEFINITIVAMENTE ingerido, incluso si no hay síntomas aparentes. | | | |
| Amarillo: reacción leve a moderada | | Acción | |
| <i>Síntomas LEVES</i> <ul style="list-style-type: none"> Picazón/secreción nasal Picazón en la boca Algunas ronchas, picazón leve Náuseas/molestias leves | | Para SÍNTOMAS LEVES de UN SOLO SISTEMA, siga las instrucciones a continuación: <ul style="list-style-type: none"> Se pueden administrar antihistamínicos, si los ordena un proveedor de atención médica. Quédese con la persona; alertar a los contactos de emergencia. Esté atento a los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina. Para MÁS DE UN síntoma, ADMINISTRE EPINEFRINA | |
| Rojo: reacción severa | | Acción | |
| <i>Síntomas GRAVE</i> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar, sibilancias, tos repetitiva El color de la piel es pálido, azul, Pulso débil, débil, mareado Garganta apretada o ronca, dificultad para respirar o tragar Hinchazón significativa de la lengua y/o los labios Mucha urticaria sobre el cuerpo, enrojecimiento generalizado Vómitos repetitivos, diarrea severa Sentir que algo malo está por suceder, ansiedad, confusión | | <ol style="list-style-type: none"> INYECTAR LA EPINEFRINA INMEDIATAMENTE. Llame al EMS. Dígalos que el estudiante tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando lleguen. Acueste a la persona, levante las piernas y manténgala caliente. Si le cuesta respirar o está vomitando, déjelo sentarse o acostarse de lado. Administre una segunda dosis de epinefrina si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 5 minutos. Alerta a los contactos de emergencia. Administrar otros medicamentos (solo si son recetados). NO use otro medicamento en lugar de la epinefrina. <ul style="list-style-type: none"> Antihistamínico Inhalador (broncodilatador) si tiene sibilancias Llévelos al departamento de emergencias incluso si los síntomas se resuelven. La persona debe permanecer en el servicio de urgencias durante al menos 4 horas porque los síntomas pueden regresar. | |
| MEDICACIÓN | | | |
| Marca del medicamento | | Dosis | Efectos secundarios |
| Epinefrina: | | <input type="checkbox"/> 0.15 mg IM <input type="checkbox"/> 0.3 mg IM | |
| Antihistamínico: | | | |
| Otros: (por ejemplo, inhalador-broncodilatador de sibilancias) | | | |
| CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA → | | | |

Plan de acción de alergia y anafilaxia

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
| Nombre del estudiante: | | Fecha de nacimiento: | Año escolar: |
| COMPLETADO POR EL MEDICO QUE RECETA | | | |
| El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado. <u>Lo anterior refleja mi plan de atención para el estudiante mencionado anteriormente.</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Es médicamente apropiado que el estudiante lleve consigo el medicamento del auto inyector de epinefrina (EAI). El estudiante debe estar en posesión de medicamentos y suministros de EAI en todo momento. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El estudiante puede llevar y autoadministrarse EAI si es necesario, cuando pueda y sea apropiado. <input type="checkbox"/> El estudiante puede llevar, pero no autoadministrarse, EAI. | | | |
| <input type="checkbox"/> No es médicamente apropiado llevar y autoadministrarse este medicamento EAI. Haga que el personal escolar apropiado/designado guarde el medicamento de este estudiante para usarlo en caso de emergencia. | | | |
| <input type="checkbox"/> Pedidos Adicionales: | | | |
| Nombre del médico que receta: | | Teléfono: | |
| Firma del médico que receta: | | Fecha: | |
| COMPLETADO POR EL PADRE | | | |
| Responsabilidades de los padres: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • El padre o tutor debe proporcionar el medicamento del auto inyector de epinefrina y traerlo a la escuela en el envase original actual de la farmacia y la etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora de administración, la dosis del medicamento y el nombre del proveedor de atención médica. • El padre o tutor u otro adulto designado entregará a la escuela y reemplazará el medicamento del auto inyector de epinefrina dentro de dos semanas si se administra el medicamento de dosis única del auto inyector de epinefrina. • Si un estudiante tiene un cambio en su receta, el padre o tutor es responsable de proporcionar a la escuela la información recién recetada y la información de dosificación como se describe anteriormente. El padre o tutor completará un formulario actualizado de autorización y autoadministración de medicamentos con auto inyector de epinefrina (este formulario) antes de que el personal designado pueda administrar la receta actualizada del medicamento con auto inyector de epinefrina. | | | |
| Autorización del padre/tutor | | | |
| <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a llevar consigo los medicamentos recetados descritos anteriormente. Mi estudiante es responsable y capaz de poseer un auto inyector de epinefrina según UCA 26-41-104. Mi estudiante y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a llevar y autoadministrarse EAI si es necesario, cuando pueda y sea apropiado. <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a que lo lleve, pero no para que se autoadministre, EAI. | | | |
| <input type="checkbox"/> No autorizo a mi estudiante a llevarlo y autoadministrarse este medicamento. Por favor, haga que el personal escolar apropiado/designado guarden los medicamentos de mi estudiante para usarlos en caso de emergencia. | | | |
| Firma del padre: | | Fecha: | |
| <i>Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi permiso a la enfermera de la escuela y otro personal designado para administrar medicamentos y seguir el protocolo identificado en este plan de acción de emergencia. Estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a los anteriores de demandas, reclamos de gastos, demandas o acciones, etc., en su contra por ayudar a este estudiante con el tratamiento de alergia/anafilaxia, siempre que el personal siga las instrucciones del prescriptor tal como está escrito en la acción de emergencia. plano de arriba. Los padres/tutores y los estudiantes son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios. Doy permiso para la comunicación entre el proveedor de atención médica que receta y la enfermera de la escuela si es necesario para el manejo de alergias y la administración de medicamentos. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario y que es responsabilidad del padre/tutor notificar al personal de la escuela cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.</i> | | | |
| Nombre del padre (imprima): | | Firma: | Fecha: |
| nombre del contacto de emergencia: | | Relación: | Teléfono: |
| ENFERMERA ESCOLAR (O designada principal si no hay enfermera de la escuela) | | | |
| <input type="checkbox"/> Firmado por el médico y el padre | | <input type="checkbox"/> El medicamento está debidamente etiquetado. | |
| <input type="checkbox"/> Registro de medicación generado | | | |
| Se mantiene el EAI: <input type="checkbox"/> El estudiante lo tiene <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> salón <input type="checkbox"/> Oficina de Salud <input type="checkbox"/> Oficina principal | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |
| Alergia y anafilaxia EAP se comparte con el personal a medida de "se necesita saber": <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Maestro de EF | | | |
| <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Oficina principal/Admin. <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |
| Firma de la enfermera escolar: | | Fecha: | |