

Plan de tratamiento de Alergias

ESTUDIANTE: _____ Escuela: **La Casa de Esperanza Charter School** Grado: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____ Si se expone por picadura, ingestión, inhalación, contacto con la piel
Asmático **si*** o **no** (* Mayor riesgo de acción severa) (Circule el indicado) Lavar con jabón y agua si está expuesto

Epinefrina medicamento: (Circule el indicado) EpiPen EpiPen para junior Twinject 0.3 mg Twinject 0.15 mg
Dado por inyección

Antihistamínico: Benadryl / Diphenhydramine _____ mg, Otro _____
Dar oralmente Administrar _____

Tratar como se indica a continuación

Si está expuesto, pero sin síntomas	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Boca Picazón, hormigueo	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Piel Urticaria, erupción con picazón, inflamación (excepto como a continuación)	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Hinchazón Hinchazón de los labios, lengua, boca o cara	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Intestino Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Garganta ** Estrechamiento de la garganta, ronquera, tos seca	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Pulmón** Falta de aire, tos repetitiva	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Corazón** Desmayo, pálido, azul, pulso débil, BP bajo	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____
Otro ** _____	Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____

Si la reacción se está agravando o se afectan varias de las áreas anteriores. Antihistamínico Epinefrina / llame al 911 _____

** Potencialmente peligroso para la vida. La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente

Cualquier direcciones adicionales: _____

CONSENTIMIENTO DE PADRE / GUARDIAN:

- ❖ Este estudiante es capaz de auto administrarse y puede llevar medicación y auto administrar en la escuela. Sí _____ No _____
- ❖ Solicito y autorizo que este medicamento sea administrado en la escuela por el personal de la escuela.
- ❖ Proporcionaré la medicación en su envase original, actualizado y debidamente etiquetado. (Solicite una botella extra a su farmacéutico.)
- ❖ Esta orden está vigente para este año escolar a menos que se indique lo contrario
- ❖ Obtendré la orden de un nuevo médico y le notificaré por escrito a la escuela para cualquier cambio.
- ❖ Autorizo al personal de la escuela a intercambiar información verbal o por escrito con el médico de mi hijo con respecto a este medicamento o a las condiciones para las cuales se prescribe.
- ❖ Yo entiendo además que el padre / guardián / adulto responsable debe entregar todos los medicamentos a la escuela.
- ❖ Doy mi permiso para que la foto de mi hijo se muestre en este formulario
- ❖ Yo entiendo que el personal de la escuela no-medicamento entrenado dará la medicación
- ❖ Estoy de acuerdo en mantener el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que están actuando dentro del alcance de sus deberes inofensivos en todas y cada una de las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela.

Mi firma indica que he leído y entiendo completamente la información anterior.

Firma del Padre / Tutor Legal

Teléfono de la casa

Teléfono de trabajo

Fecha

ORDEN DEL MÉDICO: El medicamento o procedimiento anterior se administrará durante el día escolar de acuerdo con las instrucciones y los acuerdos anteriores. Estoy de acuerdo en aceptar la comunicación sobre el estudiante / medicamento / procedimiento y entender que la medicación será dada por el personal de la escuela no-medicamento entrenados

Póngase en contacto conmigo si aparecen los siguientes síntomas _____

Estudiante y padre / tutor han sido instruidos y el estudiante podría llevar el medicamento y auto administrar en la escuela. Si _____
No _____

Nombre del Médico: _____ Clínica: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ # de Teléfono: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____