



Servicios de Salud Estudiantil

Plan de emergencia en caso de reacción alérgica

ALERGIA A: _____

Nombre del alumno: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Maestro: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____

***¿El niño es asmático? Sí ___ No ___ *¿Tiene el inhalador en la escuela? Sí ___ No ___ Lleva ___**

LOS SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN LO SIGUIENTE:

BOCA: picazón e hinchazón en los labios, lengua o boca

GARGANTA: picazón y/o sensación de tensión en la garganta, ronquera y tos seca y frecuente

PIEL: urticaria, sarpullido que pica, y/o hinchazón alrededor de la cara y las extremidades

TRACTO GASTROINTESTINAL: (rara vez) náuseas, cólicos, vómito y/o diarrea

PULMONES: dificultad para respirar, tos repetitiva y/o silbido al respirar

CORAZÓN: pulso débil y filiforme, "desmayos"

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. Todos los síntomas mencionados anteriormente pueden potencialmente avanzar y tener un desenlace fatal.

PLAN DE ACCIÓN:

1. Si se sospecha ingestión, exposición o picadura, darle: _____
(Medicina(s), dosis, curso a seguir - ver formulario de autorización)

2. Llamar al 911 o a Servicios de Emergencias Médicas locales.

3. Llamar a los padres/tutores legales:

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Tel. de casa: _____

Tel. de casa: _____

Tel. del trabajo: _____

Tel. del trabajo: _____

Celular/Otro: _____

Celular/Otro: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Email: _____

Email: _____

4. Llamar al Dr. _____

Teléfono: _____

****ADMINISTRAR MEDICINA Y LLAMAR A SERVICIOS DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE COMUNICAR CON LOS PADRES O EL MÉDICO.***

Contactos de emergencia (nombre y teléfono)	Miembros entrenados del personal (nombre y sala)
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Soy el padre/madre/tutor legal de _____ y solicito que se utilice el Plan de emergencia en caso de reacción alérgica durante las horas de clase.

Cuando se utilice este plan de emergencia, los empleados escolares no asumirán responsabilidad alguna por supervisar o brindar asistencia. Al completar este formulario (para brindar atención ante una emergencia por reacción alérgica) se autoriza a los Servicios de Salud Estudiantil a discutir el plan descrito con el personal escolar apropiado y el profesional de la salud que prescriba, vía email, fax, en forma verbal o por escrito, con el propósito de ofrecerle a su hijo un entorno seguro.

Firma del médico/Profesional de la salud: _____ Fecha: _____

Nombre del médico (en imprenta) y teléfono: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____