

## Distrito Escolar Unificado Placentia Yorba Linda Plan de Acción en Caso de Alergias/Anafilaxis

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Asma:  No  Si (Alto riesgo de reacción severa). Por favor provea una forma separada si se necesita administrar medicamento en forma de inhalador, si es necesario.

<b>Give Checked Medication**:</b> **(To be determined by provider authorizing treatment)		
<b>Insect Sting:</b> If child has been stung, but <i>no symptoms</i> :	<input type="checkbox"/> <b>Epinephrine</b>	<input type="checkbox"/> <b>Antihistamine</b> <input type="checkbox"/> NA
<b>Food Allergy:</b> If a food allergen has been ingested, but <i>no symptoms</i> :	<input type="checkbox"/> <b>Epinephrine</b>	<input type="checkbox"/> <b>Antihistamine</b> <input type="checkbox"/> NA

<p><b>Any SEVERE SYMPTOMS</b> (After suspected or known contact):</p> <p><b>One or more of the following:</b></p> <p>LUNG: Short of breath, wheeze, repetitive cough          HEART: Pale blue, faint, weak pulse, dizzy, confused          THROAT: Tight, hoarse, trouble breathing/swallowing          MOUTH: Obstructive swelling (tongue and/or lips)          SKIN: Many hives over body</p> <p>Or <b>combination</b> of symptoms from different body areas:</p> <p>SKIN: Hives, itchy rashes, swelling (e.g. eyes, lips)          GUT: Vomiting, diarrhea, cramping pain</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY</b></li> <li>2. Call 911</li> <li>3. Give additional medications:*              - Antihistamine              - Inhaler (bronchodilator) if asthma</li> <li>4. Alert parent and school nurse</li> </ol> <p><small>*Antihistamines &amp; Inhalers/bronchodilators are not to be depended upon to treat a severe reaction (anaphylaxis). USE EPINEPHRINE</small></p>
--	--	---

<p><b>MILD SYMPTOMS ONLY</b> (After suspected or known contact):</p> <p>MOUTH: Itchy mouth          SKIN: A few hives around mouth/face, mild itch          GUT: Mild nausea/discomfort</p> <p><b>If initialed by Provider, GIVE EPINEPHRINE FOR MILD SYMPTOMS. Initials _____</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>GIVE ANTIHISTAMINE</b></li> <li>2. Stay with student</li> <li>3. Alert parent and school nurse</li> <li>4. <b>If symptoms progress (see above). USE EPINEPHRINE</b></li> </ol>
--	--	---

**ALLERGY/ANAPHYLAXIS MEDICATIONS/DOSES**

<p><b>Epinephrine</b> (Brand) _____</p> <p>Side Effects: _____          Amount of time between doses: _____</p>	<p>Dose _____</p>	<p>Route _____</p>
<p><b>Antihistamine</b> (Brand) _____</p> <p>Side Effects: _____          Amount of time between doses: _____</p>	<p>Dose _____</p>	<p>Route _____</p>

<p>It is of my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency epinephrine. This student has been instructed and demonstrates an understanding of proper usage.</p> <p><i>Health Care Provider Initials</i> _____</p>	<p>Office Stamp</p>
--	---------------------

Authorized Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name (printed): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**(Must include Page 2 and appropriate signatures.)**

**Placentia Yorba Linda Unified School District  
Plan de Acción en Caso de Alergia/ Anafilaxis**

***Parent/Guardian Request for the Administration of Medication: Prescription and Non-Prescription***

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite a la enfermera escolar u otro miembro del personal escolar designado, que no sea medico, a ayudar a los estudiantes que lo requieren, a tomar su medicamento durante horas de clases. Este servicio es proveído para que el estudiante permanezca en la escuela o mejore su potencial educativo y aprendizaje.

Yo solicito que el medicamento sea administrado a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones escritas del proveedor de cuidado de la salud. Yo entiendo que el personal no médico designado pudiera ayudar en seguir las instrucciones escritas bajo la supervisión de una Enfermera Escolar Calificada. Yo notificaré a la escuela inmediatamente o someteré una forma nueva si hubiese algún cambio en el medicamento, dosis, hora de administración y/o de proveedor de cuidado de la salud que prescribe. Yo doy permiso a la enfermera escolar para que intercambie información relacionada a la medicación, con el proveedor de salud autorizado. La enfermera escolar pudiera asesorar al personal escolar apropiado en cuanto al medicamento y sus posibles efectos.

Medicamento de emergencia como EpiPen o inhaladores pudieran ser llevados por el mismo estudiante cuando sea recomendado por un proveedor de cuidado de la salud o por los padres. El medicamento de respaldo deberá ser guardado en la escuela para su uso en alguna emergencia. Yo absuelvo al distrito escolar y al personal de la escuela de cualquier responsabilidad civil si mi hijo(a) sufre de alguna reacción adversa como resultado de la automedicación.

Esta autorización es válida por un año máximo.

**\*\* Por favor, notifique a la escuela de su hijo(a) por escrito si su hijo(a) requiere una mesa de almuerzo separada libre de alérgicos.**

Estoy de acuerdo con el Plan de Acción Contra Alergias: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de los Padres

**Nombre y Números Telefónicos de Contacto en Caso de Emergencia:**

Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Otros contactos de emergencia:**

Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Reviewed by  
School Nurse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_