

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE NISKAYUNA PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Alérgeno(s) identificado(s): _____
Asma: Sí No Otras preocupaciones relevantes: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre Nombre: _____ Teléfono: _____
Celular: _____
Padre Nombre: _____ Teléfono: _____
Celular: _____
Contacto de emergencia 1: _____ Teléfono: _____
Celular: _____
Contacto de emergencia 2: _____ Teléfono: _____
Celular: _____

UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE PUEDE INCLUIR CUALQUIERA O TODOS ESTOS SÍNTOMAS:

- **General:** Mareos, pérdida del conocimiento, sensación de pánico o fatalidad
- **Boca:** Hinchazón de labios, cara, lengua, garganta; un informe de que la boca "se siente caliente"
- **Respiración:** Sibilancias, dificultad para respirar, tos congestionada, opresión en la garganta
- **Estómago:** Malestar, náuseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea
- **Piel:** Urticaria, hinchazón, sarpullido

ESTA INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA SOLO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Cuando observe cualquiera de los síntomas anteriores, inicie el siguiente plan de atención según lo prescrito por el proveedor de atención médica del estudiante:

- **BENADRYL:** Sí No Dosis: _____
Instrucciones de administración: _____
- **EPINEFRINA:** Sí No Dosis: _____
Instrucciones de administración: _____

Si se administra epinefrina, se debe llamar al 911. Se requiere soporte vital avanzado con el uso de epinefrina.

- El tratamiento debe iniciarse inmediatamente después de la exposición sin síntomas.
- El tratamiento debe iniciarse solo con la aparición de los síntomas.
- El EpiPen de este estudiante se guardará en la oficina de enfermería y acompañará al estudiante en actividades fuera del campus.
- Este estudiante ha sido capacitado para administrar y puede auto-llevar EpiPen en/sobre mochila/riñonera/o persona.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

La firma del padre/tutor autoriza a la enfermera de la escuela a compartir esta información con el personal de la escuela según sea necesario y a comunicarse con el proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta o inquietud. En caso de una emergencia, este plan se iniciará y se contactará a los padres. Este plan está vigente para el año escolar actual y la escuela de verano si corresponde.

ESCUELAS CENTRALES DE NISKAYUNA PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA INDIVIDUAL PARA ALERGIAS GRAVES

- **AUTOBÚS** - Los padres deben alertar al conductor del autobús sobre la alergia y los medicamentos del estudiante.
 - El estudiante se sentará en la parte delantera del autobús:
 Sí No
 - Otro (especificar): _____

- **PROCEDIMIENTOS DE EXCURSIÓN**
 - EpiPen debe acompañar al estudiante durante las actividades fuera del campus
 - El estudiante debe permanecer con el maestro o padre/tutor durante toda la excursión:
 Sí No
 - Los miembros del personal en el viaje deben estar capacitados en el uso de EpiPen y estar al tanto de este plan

 - **AULA (para estudiantes con alergias alimentarias)**
Este estudiante puede comer solo los siguientes alimentos:
 - Alimentos aprobados por PADRE/TUTOR
 - El estudiante de secundaria o preparatoria tomará sus propias decisiones
 - El padre/tutor proporcionará un refrigerio alternativo (puede guardarse en el aula)
 - El personal docente debe revisar los proyectos del aula para evitar alérgenos específicos
 - Otro: _____

- **CAFETERÍA (para estudiantes con alergias alimentarias)**
 - El estudiante se sentará en una mesa libre de alergias específica
 - Sin restricciones

- **DEPORTES (dentro o fuera del campus)**
 - Se requiere que los padres/tutores informen al entrenador sobre la alergia del estudiante a través de Family ID
 - El estudiante llevará un EpiPen a todas las prácticas y juegos O se lo dará al entrenador para que lo lleve en el botiquín de emergencia. El padre/tutor debe estar al tanto de estos arreglos

- **ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (dentro o fuera del campus)**
 - El padre/tutor informará a los maestros, asesores u otro personal de supervisión a través de formularios de permiso de excursión o personalmente sobre la alergia del estudiante
 - El estudiante está capacitado en el uso de EpiPen y puede autoadministrarse: Sí No

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____

Copia entregada al padre: Sí No