

Alergia y anafilaxis			Foto
Plan de atención médica individualizado simplificado (SIHP)/Plan de acción de emergencia (EAP) Formulario de autorización y autoadministración de medicamentos de acuerdo con 26B-4-407 Departamento de Salud y Servicios Humanos 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:	
ALÉRGENO(S)			
Alergia a:			
<input type="checkbox"/> Si se marca, administre epinefrina inmediatamente si el alérgeno fue ingerido PROBABLEMENTE, para CUALQUIER síntoma. <input type="checkbox"/> Si está marcado, administre epinefrina inmediatamente si el alérgeno 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)			

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 26B-4-407. 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:	