



Seguin SERVICES DE SALUD ESCOLAR exceptional students to exceptional citizens INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Órdenes de emergencia alérgica / Epi-Pen

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Alérgenos que requieren Epi-Pen: \_\_\_\_\_ Asmático: Sí No (mayor riesgo de reacciones graves)

Madre: \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

LOS SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA PUEDEN INCLUIR CUALQUIERA O TODOS LOS SIGUIENTES:

Encierre en un círculo la(s) reacción(es) del estudiante:

- BOCA Comezón e hinchazón de labios, lengua o boca, la boca "se siente caliente" • GARGANTA
- Comezón, opresión en la garganta, ronquera, tos • PIEL
- Urticaria, sarpullido con picazón, hinchazón de la cara y las extremidades
- ESTÓMAGO Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea
- PULMÓN Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias
- CORAZÓN "Pulso filiforme", "desmayo"

Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO:

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. ES IMPORTANTE QUE EL TRATAMIENTO SE ADMINISTRE INMEDIATAMENTE.

El tratamiento debe iniciarse: con síntomas sin esperar síntomas

Benadryl ordenado: Sí No Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Benadryl dado primero? Sí No Administre \_\_\_\_\_ (dosis) de Benadryl según las indicaciones del proveedor.

Epinefrina ordenada (Epi-Pen): Sí No Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene órdenes de autotransporte en el archivo: Sí No

Llame a la enfermera de la escuela @ \_\_\_\_\_ Notifique a los padres/tutores.

SI SE ADMINISTRA EPI-PEN, EL PERSONAL DEBE LLAMAR AL 911

Plan de transporte: Medicamentos disponibles en el autobús No hay medicamentos disponibles en el autobús No viaja en autobús

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escrito por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Copia proporcionada a los padres Copia enviada al proveedor de atención médica

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico/proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este plan está vigente para el año escolar actual y la escuela de verano según sea necesario.