


**Distrito Escolar Independiente de Seguin**
**SERVICIOS DE SALUD**
**Autoadministración de Epi-Pen**
**Plan de tratamiento**

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido por su médico en el uso adecuado del Epi-Pen recetado. Se le permitirá al estudiante mantener este medicamento en su posesión, ya que el padre y el médico lo consideran responsable. El estudiante ha sido instruido y comprende el propósito y el método apropiado y la frecuencia del uso del Epi-Pen.

**LOS SIGNOS/SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN:**
**BOCA :** Comezón e hinchazón de los labios, la lengua o la boca

**GARGANTA :** Comezón y/o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca **PIEL :**

 Urticaria, sarpullido con comezón y/o hinchazón alrededor de la cara o las extremidades **GI**

: Náuseas, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea

**PULMÓN :** Dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias **CORAZÓN :**

Pulso "filoso", "desmayo", signos de shock

### PARA SER COMPLETADO SOLO POR UN MÉDICO

He instruido al estudiante arriba mencionado en la forma correcta de usar su medicamento. Es mi opinión profesional que se le debe permitir llevar y autoadministrarse su medicamento mientras se encuentra en la propiedad escolar o en actividades/eventos relacionados.

Medicamento(s) y propósito: \_\_\_\_\_

Dosis prescrita de medicamento: \_\_\_\_\_

Hora en que frecuencia de circunstancias bajo las cuales el medicamento puede ser autoadministrado: \_\_\_\_\_

Instrucciones/comentarios especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del médico

Nombre impreso del médico

Fecha

### EMS QUE SE ACTIVARÁ CUANDO SE ADMINISTRA

#### ACUERDO DE LOS

**PADRES :** Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo lleve consigo y se autoadministre su propio Epi-Pen según lo ordenado por su médico mientras se encuentre en la propiedad escolar o funciones relacionadas con la escuela. También absuelvo a la escuela de cualquier responsabilidad en la protección del Epi Pen de mi hijo. Entiendo que tras la administración de Epi Pen, se activará EMS.

\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor

Teléfono celular #

Trabajar #

Fecha

\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia alternativo

Teléfono celular #

Trabajar #

Fecha

#### ACUERDO DEL

**ESTUDIANTE :** Acepto cumplir con las instrucciones de mi médico y entiendo las pautas establecidas por la escuela.

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

\_\_\_\_\_

Fecha