



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELEFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

PLAN DE ACCIÓN ALERGIA/ANAFILAXIS

Estimado Padre/Tutor:

De acuerdo con los registros de salud de su hijo, él/ella tiene una alergia grave o antecedentes de una reacción anafiláctica. A fin de administrar medicamentos de emergencia en la escuela, se deben completar la Parte I (Sección para el médico) y la Parte II (Sección de padres) de este formulario y devolverlo a la enfermera del distrito. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera de distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us)

Nombre del Estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año Escolar:

Reacción alérgica a: _____ ¿Antecedentes de asma? Sí (más riesgo de reacción severa) No

PART I: PHYSICIAN SECTION / PARTE I: SECCIÓN PARA EL MÉDICO

HEALTHCARE PROVIDER ORDERS (A completar por el proveedor de atención primaria de salud)		
Symptoms	Give Checked Medication	
If a food allergen has been ingested, but no symptoms	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Mouth – Itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Skin – Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Gut – Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Throat - Tightening of throat, hoarseness, hacking cough	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Lung - Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Heart - Weak or thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
Other:	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
If reaction is progressing (several of the above areas affected), give:	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine

MEDICATIONS ORDERED		
Medication	Dose/Route	Time
Epinephrine Auto-Injector	<input type="checkbox"/> 33-66 pounds - Jr Strength 0.15mg IM <input type="checkbox"/> >66 pounds – 0.3mg IM <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> 1st dose as needed <input type="checkbox"/> 2nd dose in ___ minutes if symptoms are not resolved <input type="checkbox"/> Other: _____
Antihistamine Name: _____	<input type="checkbox"/> 12.5 mg PO <input type="checkbox"/> 37.5mg PO <input type="checkbox"/> 25mg PO <input type="checkbox"/> 50 mg PO <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> As needed <input type="checkbox"/> Other: _____
Additional Medication:		



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELEFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

PLAN DE ACCIÓN ALERGI/AANAFILAXIS (CONTINUACIÓN)

SELF ADMINISTRATION AUTHORIZATION/APPROVAL for emergency medication use only AUTORIZACIÓN / APROBACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN para uso exclusivo de medicamentos de emergencia	
<p>Has student been instructed on correct use and may carry/self-administer? NOTE: The physician, parent/guardian and school nurse must agree, check and sign here (District Nurse has final approval for self-administering and/or carrying medication by student at school): ¿Se ha instruido al estudiante sobre el uso correcto y puede llevar el medicamento/autoadministrarse? NOTA: El médico, el padre/tutor y la enfermera de la escuela deben estar de acuerdo, verificar y firmar aquí (la enfermera del distrito tiene la aprobación final de autoadministración o para que el estudiante lleve su medicamento a la escuela):</p>	
Prescriber's authorization for self administration: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Signature/date
Autorización del padre/tutor para la autoadministración: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Firma/fecha
District Nurse authorization for self administration: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Signature/date

HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL (A completar por el proveedor de atención primaria de salud)	
<p>My signature below provides the authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with California state laws and regulations. I understand that specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the District Nurse. This authorization is for a maximum of one (1) year. If changes are indicated, I will provide new written authorization. (May be faxed)</p>	
Physician Signature:	Date:
Physician Name:	
Address:	
Telephone:	

PARTE II: SECCIÓN DE PADRES

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES	
<p>Yo (nosotros), los abajo firmantes, los padres/tutores del estudiante mencionado anteriormente, solicito/solicitamos que mi (nuestro) estudiante sea asistido o se le administre el siguiente medicamento, de acuerdo con el Código de Educación de California 49423.5 y la Política de la Junta/Reglamento Administrativo. Estoy de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos. 2. Notificar a la escuela si hay un cambio en el estado de salud del estudiante o del médico tratante. 3. Notificar a la escuela de inmediato y proporcionar un nuevo consentimiento para cualquier cambio en las órdenes del médico. 4. CONFIRMO QUE, SI MI ESTUDIANTE LLEVA Y SE ADMINISTRA SU PROPIO MEDICAMENTO, DEBE LLEVARLO PERSONALMENTE PARA ASISTIR A UNA EXCURSIÓN. <p>Autorizo a la enfermera del distrito a comunicarse con el proveedor de atención médica autorizado cuando sea necesario con respecto a este medicamento específico y condición médica. Se me proporcionará una copia del ISHP completo de mi hijo.</p>	
Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
Nombre del padre/tutor:	

Principal's Signature/Firma del Director(a): _____

Fecha: _____

District Nurse Signature/Firma de Enfermera del Distrito: _____

Fecha: _____