

ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND

PLAN DE MEDICACIÓN PARA ALERGIAS GRAVES

Rev. 06/2018

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

ORDENES E INSTRUCCIONES DE MEDICAMENTOS *(a completar por el proveedor médico del estudiante)*

[MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES Y COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO].

Nombre del estudiante: _____ Peso: _____ lb Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

La persona arriba mencionada es un paciente actualmente bajo mi cuidado médico. Debido a un diagnóstico médico de alergias graves, puede ser necesario administrar la medicación que se indica a continuación durante el horario escolar de acuerdo con el siguiente protocolo y el Plan de Acción de Emergencia para

Alergias Graves de CCS de la página dos: _____

Lista de alergias **GRAVES**:

Tipo de exposición: Contacto (piel) Ingestión Inhalación (aire) Inyección (picaduras de insectos, alergias, etc.)

Reacciones alérgicas previas: Test de alergia positivo Anafilaxia Otras: _____

AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA

➤ **DOSIS**

0.15mg/3ml (Inyectar en el centro del músculo externo del muslo)

0.3mg/3ml (Inyectar en el centro del músculo externo del muslo)

➤ **MOMENTO EN QUE DEBE ADMINISTRARSE**

Administrar inmediatamente en caso de exposición/ingestión conocida.

Administrar inmediatamente si presenta síntomas de reacción alérgica grave

**(cara enrojecida; mareos; convulsiones; confusión; debilidad; palidez; urticaria en todo el cuerpo; coloración azulada alrededor de la boca, ojos; dificultad para respirar; babeo o dificultad para tragar; pérdida de conciencia). Otros: _____*

Si se dispone de una segunda dosis y los síntomas continúan o empeoran, puede administrarse la segunda dosis al menos **cinco** minutos después de la primera.

**Manual del Programa de Salud Escolar de Carolina del Norte-2014 pg.E3-27*

Firma del médico: _____

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

Dirección de la clínica: _____

ANTIISTAMÍNICO ORAL NO se pide para la escuela

➤ **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** _____

➤ **DOSIS**(debe ser exacta; no se aceptan rangos): _____

➤ **INTERVALO** cada hora según sea necesario

➤ **MOMENTO EN QUE DEBE ADMINISTRARSE:**

Administrar inmediatamente en caso de exposición/ingestión conocida.

Administrar inmediatamente si presenta síntomas de reacción alérgica leve.

**(ojos rojos y llorosos; picor; estornudos, secreción nasal; urticaria o erupción en una zona).*

Otros _____
**Manual del Programa de Salud Escolar de Carolina del Norte-2014 pg.E3-27*

➤ ¿Es necesario modificar la dieta? Sí o No

Si su respuesta es sí, **adjunte** el formulario de declaración médica de CCS para estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas escolares.

➤ ¿Debe considerarse la automedicación de emergencia? Sí o No

Si su respuesta es sí, **adjunte** el formulario de autorización de automedicación de emergencia de CCS completado. Solo se dará permiso a los estudiantes con la madurez suficiente para portarla ellos mismos.

Fecha: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE *w(debe ser completada por el padre o tutor legal)*

¿Su hijo tiene un plan de la Sección 504? Sí o No Su hijo tiene un IEP? Sí o No

Dirección particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Número de teléfono: _____ Número alternativo _____

Enumere otras alergias y reacciones más leves: _____

Otros problemas de salud: _____

Medicamentos actuales: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Los EMS normalmente transportarán al servicio de emergencias más cercano. Centro médico de preferencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono _____ Número alternativo _____

Relación: _____ Número de teléfono _____ Número alternativo _____

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo, _____, el padre/tutor legal de _____

inscripto en la escuela, dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescripto por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Esta orden expirará 1 año después de la fecha en que el médico la firmó. Este formulario caducará el:

DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento o fecha en que se desechó

por Nombre de empleado: _____ Firma del empleado: _____ Testigo: _____

Transporte de y hasta la escuela:

Persona que lo lleva a la escuela caminando: a.m. _____ p.m. _____

Persona que lo lleva a la escuela en auto: a.m. _____ p.m. _____

Conductor de autobús: a.m. Autobús N.º _____ p.m. Autobús N.º _____

Prime Time: a.m. _____ p.m. _____

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA GRAVE

Rev. 06/2018

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Maestro: _____ Grado: _____

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA CON EL ESTUDIANTE

1. Avisar a la oficina para que llame al 911 y solicite el botiquín de emergencia para alergias del estudiante.
2. En caso de picadura de insecto, retire el aguijón lo antes posible y aplique hielo.
3. Tranquilice y calme al estudiante. Coloque al estudiante en una posición cómoda, puede ser necesario sentarlo erguido para facilitar la respiración.
4. Cuando llegue el kit de emergencia para alergias, el personal capacitado administrará epinefrina/antihistamínicos por orden del médico.
5. Anote la(s) hora(s) exacta(s) en que se administró la medicación e informe al EMS.
 - La 1.^a dosis de epinefrina se administró a la hora: _____
 - Si fue necesario, se administró la 2.^a dosis de epinefrina a la hora: _____
 - La dosis de antihistamínico se administró a la hora: _____
6. Si el estado del estudiante empeora y el servicio de emergencias no ha llegado, pida a la oficina que llame al 911 e informe del cambio.
7. EMS para el transporte al servicio de emergencias más cercano o, si es posible, al centro médico preferido por los padres.
8. Si el estudiante tiene una reacción alérgica en el autobús, el conductor debe detener la ruta, llamar al 911 y seguir las instrucciones anteriores cuando sea posible.

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA QUE ESTÁ EN LA OFICINA

1. Un adulto debe llevar el botiquín al estudiante y llamar simultáneamente al 911. La persona que llama debe decir: "Se ha producido una reacción alérgica grave y soy una tercera persona que llama. El historial médico incluye: (ver información en la página uno)".
2. Avisar al padre, madre o tutor lo antes posible.

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA QUE INYECTA LA EPINEFRINA

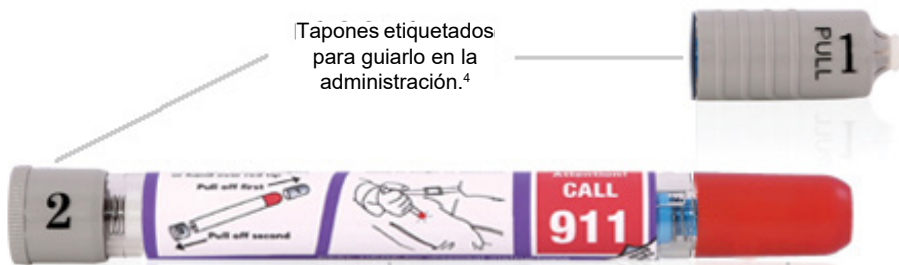
1. Colóquese guantes.
2. Asegúrate de que el estudiante esté sentado o recostado.
3. Siga las órdenes del médico.
4. Siga las instrucciones impresas en el autoinyector.
5. Mantenga al estudiante abrigado y tranquilo. Masajee el lugar de la inyección durante diez segundos y aplique una tirita, si es necesario.
6. Si el estado empeora o si el estudiante deja de respirar, inicie la reanimación cardiopulmonar y llame al 911 para informar que el estado ha empeorado.
7. Envíe el kit usado con el EMS para su eliminación en un contenedor de objetos punzantes de riesgo biológico.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL USO DEL AUTOINYECTOR

1. Póngase en contacto con los padres para informarles del resultado del incidente y de la necesidad de sustitución.
2. Documente el incidente en la tarjeta sanitaria, incluya la causa de la reacción alérgica, la fecha y hora del incidente, los síntomas mostrados y, si corresponde, las recomendaciones de seguimiento del médico.
3. El personal de la escuela, la administración y la enfermera de la escuela se reunirán para hablar sobre y evaluar el incidente.



Nota: las marcas difieren y algunas requieren plazos de entrega diferentes para la inyección. Lea siempre las instrucciones adjuntas que acompañan al autoinyector.



Taponés etiquetados para guiarlo en la administración.⁴

Instrucciones numeradas y codificadas por colores, impresas en el lateral del autoinyector, para recordarle cómo utilizarlo.

Una punta inyectora roja para indicar qué extremo inyectar.⁴

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (debe ser completada por la enfermera de la escuela)

Enfermera: _____ **Fecha:** _____

UBICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: [Por favor, marque con todo lo que corresponda.] Gabinete de medicamentos de la escuela Prime Time Autobús durante la ruta

1. Gabinete de medicamentos de la escuela - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____
2. Prime Time - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____
3. Autobús - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____