PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALERGIAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA

Vigente únicamente para el curso escolar 20___ - 20___ y DEBE renovarse cada curso escolar.

Esta página debe ser completada por el PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre del/la estudiante: _____ **Edad:** _____
Profesor/a: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____

Nombre del padre/madre/tutor(es) e información de contacto de emergencia:

Nombre del padre/madre/tutor: _____
Teléfono (_____)_____(casa/trabajo/celular)
Nombre del contacto de emergencia: _____
Teléfono (_____)_____(casa/trabajo/celular)

Lista Alergias Conocidas: _____

Por favor marque todos los que apliquen:

__ El estudiante es consciente de evitar los alérgenos
__ El estudiante es consciente de los síntomas de una reacción alérgica?
__ El estudiante siempre lleva el kit de emergencia
__ El estudiante **puede** autoadministrarse el kit de emergencia
__ Notificar a los padres de **CUALQUIER** reacción
__ Notificar a los padres **SOLAMENTE** de reacciones **graves**.
__ Notificar a la enfermera de la escuela de todas las reacciones
__ El estudiante **NO PUEDE** autoadministrarse el kit de emergencia

Otras instrucciones/comentarios: _____
_____

Enumere los síntomas de una **REACCIÓN LEVE**: _____
_____

**** Si la reacción leve NO mejora en ____ minutos después de la medicación, trate como reacción grave.**

Enumere los síntomas de una **REACCIÓN GRAVE:** _____

Medicación	Dosis	Vía	Cuándo usar	¿Cuándo se puede repetir?
			___Leve ___Grave	
			___Leve ___Grave	
			___Leve ___Grave	

(HEA-F062 Autorización para Medicación Tomada Durante Horario Escolar, debe ser completada para cada medicamento.)

***911/EMS DEBE SER NOTIFICADO SI SE ADMINISTRA UN KIT DE EMERGENCIA EN LA ESCUELA ***

__ SOLICITO __ NO SOLICITO que a mi hijo/a, mencionado/a anteriormente, se le permita llevar y autoadministrarse medicamentos de emergencia según lo ordenado por el proveedor de atención médica.

__ Entiendo que la escuela puede suspender o revocar los privilegios de posesión y autoadministración de mi hijo/a si él/ella hace un mal uso del kit de emergencia o lo pone a disposición de otra persona para que lo use.

__ El lugar seguro (en la persona del estudiante) donde se guardará el equipo de emergencia:

__ mochila __ bolsa de deporte __ bolso __ carpeta OTRO: _____

Yo, (**escriba nombre**) _____ , reconozco que la escuela y sus empleados no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión sufrida por mi hijo, o cualquier otra persona, como resultado de la posesión o autoadministración del kit de emergencia. También indemnizaré y eximiré de responsabilidad a la escuela y sus empleados contra cualquier reclamo relacionado con la posesión o autoadministración del kit de emergencia.

Firma padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALERGIAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Es necesario que los servicios de salud escolar envíen una nota a casa notificando al aula de su hijo/a sobre la alergia de su hijo/a para disminuir las posibilidades de que un compañero/a traiga el alérgeno a la escuela?

Sí ☐ No ☐

2. ¿Es necesario que los servicios de salud escolar brinden educación sobre alergias a los compañeros y al personal?

Sí ☐ No ☐

3. ¿Es necesario que el/la estudiante se siente en la mesa consciente de alergenos en la cafetería y en el aula?

Sí ☐ No ☐

4. ¿Su estudiante come el almuerzo proporcionado por la escuela?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, complete el formulario del Programa de necesidades especiales en nutrición escolar (CHN-F017) y devuélvalo a la enfermera de la escuela.

- Tenga en cuenta que, sin documentación médica en el archivo, la cafetería de la escuela no controlará las selecciones de alimentos de su estudiante.

5. ¿Participa su estudiante en actividades patrocinadas por la escuela antes o después de la escuela, como clubes o programas deportivos?

Sí ☐ No ☐

En **caso afirmativo**, ¿tiene su estudiante una autorización médica por escrito para llevar/administrar medicamentos de emergencia en el archivo de la enfermera de la escuela (formulario HEA-F062)? Yes ☐ No ☐

- Si su proveedor médico **no autoriza** el autotransporte, indique el plan de acción para una emergencia durante un evento patrocinado antes o después de la escuela.

_____

_____

6. ¿Su estudiante viaja en el autobús escolar?

Sí ☐ No ☐

En **caso afirmativo**, ¿tiene su estudiante una autorización médica por escrito para llevar/administrar medicamentos de emergencia en el archivo de la enfermera de la escuela (formulario HEA-F062)? Sí ☐ No ☐

- Si su proveedor médico **no autoriza** el autotransporte, se llamará al 911 por cualquier emergencia en el autobús escolar.

7. ¿Su estudiante requiere un asiento preferencial en el autobús? Sí ☐ No ☐

* La maestra/o le avisará con anticipación de las fiestas que incluirán comida o refrigerios. Usted puede enviar comida sin alérgenos para su estudiante.

Comentarios/información adicional: _____

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

Firma enfermera escolar: _____ **Fecha:** _____

Firma de la RN del distrito: _____ **Fecha:** _____