

Medford School District 549C

815 S. Oakdale Avenue
Medford, Oregon 97501



Plan de cuidado estándar a una Reacción Alérgica a Comida

Diagnóstico de la enfermera: Paso de aire no efectivo, saturación de oxígeno deficient.

Síntoma	Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Picazón en la boca • Sarpullido alrededor de la boca/cara, picazón ligera • Nauseas/malestar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar un antihistamínico que no necesita receta, si hay uno disponible. 2. Quédese con el estudiante. 3. Avisar a los padres. 4. Avisar a la enfermera de la escuela y al personal de salud escolar. 5. Localizar un Epi-pen para posible uso. 6. Observe al estudiante. 7. Si los síntomas empeoran, vea debajo.

Llame al 911 si:

Síntoma	Acción
<p>Si el estudiante tiene <u>uno o más de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración corta • Silbidos (sonido musical al respirar) • Tos constante • Palidez • Color azulado • Desmayo • Pulso debil • Mareado • Confusión • Garganta tensa o rasposa • Problemas respirando/tragando • Hinchazón en lengua o labios • Sarpullido por todo el cuerpo <p>Si el estudiante <u>tiene una combinación de</u> síntomas en distintas partes del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarpullido con hinchazón boca u ojos • Vómitos, dolor tipo calambres <p><u>Cualquier</u> SÍNTOMA SEVERO después de la ingestión sospechada o conocida, de una comida alérgica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inyecte el Epi-pen inmediatamente y apunte la hora. 2. Llame al 911. 3. Dar un antihistamínico sin receta, si hay uno disponible y lo puede tragar. 4. Notifique a los padres. 5. Notificar al personal de salud escolar y a la enfermera de la escuela. 6. Observe al estudiante. 7. Haga que el estudiante se acueste con las piernas elevadas si eso no le impide la respiración. 8. Si no hay mejoría y si los paramedicos no han llegado, repita la inyección del Epi-pen 5 minutos después de la 1ª inyección. 9. Si el estudiante para de respirar o el corazón para de latir, hacerle CPR (primeros auxilios).

Las medicinas deben ser traídas por los padre y requiere un *Impreso de permiso de administración de medicinas* firmado por ellos. La escuela no puede suministrar medicinas. Estudiantes pueden llevar consigo su inhalador con permiso firmado por los padres. Los inhaladores deben tener la etiqueta actual de la farmacia.

Medford School District 549C

815 S. Oakdale Avenue
Medford, Oregon 97501



Plan de cuidado sanitario individualizado—Alergia a una comida

Si quiere crear un *Plan de cuidado sanitario individualizado* para su estudiante, rellene la información de abajo con la firma y devuélvalo a la oficina de la escuela. Si no entrega a la escuela un *Plan de cuidado sanitario individualizado*, entrará en vigor el *Plan de cuidado sanitario estándar*.

Nombre del estudiante _____ Id. estudiante _____ Grado _____

Escuela _____ Año escolar _____ Fecha nacimiento _____ Bus/Camina _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Mi hijo es alérgico a las siguientes comidas:	
Fecha de la última reacción:	
Rodee los síntomas que muestra su hijo cuando tiene alergia a una comida.	Boca: Picor cosquilleo o hinchazón de labios, lengua, boca Piel: Urticaria erupción, hinchazón de cara o extremidades Estómago: Nausea espasmos abdominales, vómitos, diarrea Garganta: Tensión en la garganta, ronquera, tos seca Pulmón: Respiración corta, tos constante, silbidos Corazón: Pulso débil, baja presión sanguínea, mareo, palidez, azulado
En caso de que mi hijo tenga una alergia a comida, haga lo siguiente: (Ponga una marca en lo que sea apropiado)	<input type="checkbox"/> Llámenme. <input type="checkbox"/> Dele un antihistamínico proveído por los padres. (Todas las medicinas requieren un <i>Impreso de permiso de administración de medicina</i>) <input type="checkbox"/> Dele Epinephrine (Epi-Pen). Padres proven el Epi-pen. <input type="checkbox"/> Deje que el estudiante use el Epi-Pen él mismo. <input type="checkbox"/> Llame al 911 y llvenlo a ER.
Mi hijo tiene una receta de Epinephrine (Epi-Pen). El Epi-Pen estará:	<input type="checkbox"/> En la oficina de la escuela (requiere firma de padres en impreso). <input type="checkbox"/> Lo lleva el estudiante (requiere firma de padres en impreso). (Todas las medicinas requieren un <i>Impreso de permiso de administración de medicina</i>)
Consideraciones y precauciones especiales (sobre actividades escolares, deportes, excursiones, transporte, etc.)	

Doy permiso a la enfermera de la escuela y a otros miembros, entrenados apropiadamente y autorizados, del personal del Distrito escolar de Medford, a llevar a cabo las tareas especificadas por el Plan de cuidado sanitario individualizado de mi hijo. También consiento la difusión de información pertinente al cuidado de mi hijo, a los miembros del personal y a aquellas personas que puedan necesitar esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo durante el día escolar. **Las medicinas son responsabilidad de los padres.** Si el estado de salud mencionado ha cambiado, yo le informare a la escuela o enfermera de la escuela. Este plan de salud medica va estar en vigencia mientras mi hijo asista MSD.

Firma de un padre _____ Fecha _____