

Estudiante:	Grado:
Fecha da Nacimiento/Edad:	Años:
Contacto de Emergencias 1:	Relación: Teléfono:
Contacto de Emergencias 2:	Relación: Teléfono:
Médico de Atención Primaria:	Teléfono:

Datos de la Evaluación:

Alergias Conocidas:	
Raciones Anteriores:	
Fecha:	Tratamiento:
Fecha:	Tratamiento:
Otros Trastornos de Salud (Como Asma):	

Síntomas Conocidos (Marque con un Círculo los Síntomas Conocidos): * = Alto Riesgo de Reacción Grave

Sistema:	Síntomas:
Boca*	Picazón e hinchazón de los labios, la lengua y la boca.
Garganta*	Picazón y sensación de rigidez en la garganta, ronquera y tos seca.
Piel	Urticaria, sarpullido con picazón e hinchazón de la cara o las extremidades.
Intestino	Náuseas, calambres abdominales, vómitos y diarrea.
Pulmón*	Dificultad para respirar, tos persistente y sibilancia.
Corazón*	Pulso filiforme, "desmayo."

Medicamentos Actuales: (Hogar/Escuela, Incluya los Medicamentos Alternativos y de Venta Libre)

Nombre de Medicación:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
Vía: Dosis:	Frecuencia:
Almacenamiento:	
<input type="checkbox"/> El estudiante lo lleva:	
<input type="checkbox"/> Lugar donde se guardó:	
<input type="checkbox"/> Medicamento de reserva guardado en:	

Nombre de Medicación:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
Vía: Dosis:	Frecuencia:
Almacenamiento:	
<input type="checkbox"/> El estudiante lo lleva:	
<input type="checkbox"/> Lugar donde se guardó:	
<input type="checkbox"/> Medicamento de reserva guardado en:	

Considero que el estudiante NO debe llevar él mismo su medicamento.

Le he enseñado a el estudiante la forma correcta de usar sus medicamentos. Es mi opinión profesional que se le DEBE permitir a él/ella llevar y usar su medicamento por sí mismo/a. **LA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO ES REQUERIDA**

1. El estudiante conoce como actúa el medicamento y el motivo por el cual lo toma.
2. El estudiante conoce los posibles efectos secundarios del medicamento.
3. El estudiante conviene en nunca compartir el medicamento con otra persona.
4. El estudiante siempre llevará el medicamento en el envase adecuado.
5. El estudiante conviene en que irá al consultorio de la enfermera si sus síntomas no mejoran con el medicamento.

De no cumplir con alguna de las condiciones anteriores, el estudiante perderá el derecho a llevar y auto-administrarse el medicamento.

Firma del Médico:	Fecha:
Firma del Padre:	Fecha:
Firma de la Enfermera Titulada:	Fecha:



Estudiante:	Fecha da Nacimiento/Edad:
Escuela:	Grado:
Padre o Tutor:	Teléfono:
Proveedor de Atención Primaria:	Teléfono:
ALÉRGICO a:	
Antecedentes de Asma: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	Antecedentes de anafilaxia: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
* = Indica riesgo de reacción grave	

<p>STEP 1: PREPARING For an Emergency</p> <p>↓</p> <p>STEP 2: EVALUATING Their Reaction</p> <p>↓</p> <p>STEP 3: TREATING Him/Her in an Emergency.</p> <p>↓</p> <p>STEP 4: RE-EVALUATING</p> <p>↓</p> <p>STEP 5: ALERTING Parent or Emergency Contacts</p>	<p>DOSIS DE EPINEFRINA: Mantener 2 dosis a la mano</p> <p><input type="checkbox"/> EpiPen Jr (0.15 mg) hasta 66 libras</p> <p><input type="checkbox"/> EpiPen (0.3 mg) más 66 libras</p> <p><input type="checkbox"/> Auvi-Q (0.3 mg) más 66 libras</p>	<p>TIPO DE ANTIHISTAMÍNICO + DOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> Benadryl (también Difenhidramina)</p> <p><input type="checkbox"/> 12.5 mg (1 cucharadita o 1 masticable)</p> <p><input type="checkbox"/> 25 mg (2 cucharaditas o 2 masticables)</p> <p><input type="checkbox"/> 50 mg (4 cucharaditas o 4 masticables)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Antihistamínico:</p>	
	<p>Puede llevar sus propios medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Puede auto administrarse sus medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
	<p>ORGANISMO</p> <p><input type="checkbox"/> Boca</p> <p><input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Intestino</p> <p><input type="checkbox"/> Garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmón</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>SINTOMAS</p> <p>Picazón, hormigueo o hinchazón de los labios, la lengua o la boca.</p> <p>Urticaria, sarpullido con picazón o hinchazón.</p> <p>Náuseas, calambres abdominales, vómitos o diarrea.</p> <p>Rigidez en la garganta, ronquera o tos seca.</p> <p>Dificultad para respirar, tos o sibilancia.</p> <p>Pulso débil, mareos, desmayos o piel pálida o azulada.</p> <p>Otro:</p>	
	<p>- Si consumió alimentos que le producen alergia y... tiene OTROS SÍNTOMAS no relacionados con la boca.</p> <p>- Si se desconoce si consumió alimentos que le producen alergia y tiene SÍNTOMAS solo dentro o alrededor del a cuerpo.</p> <p>- Si lo picó una abeja.</p>	<p>- Si CONSUMIÓ alimentos que le producen alergia pero NO TIENE SÍNTOMAS.</p> <p>- Si consumió alimentos que le producen alergia y... tiene SÍNTOMAS solo dentro o alrededor de la boca.</p>	
	<p>1. DARLE EPINEFRINA</p> <p>2. LLAMAR AL 9-1-1</p> <p>3. DARLE UN ANTIHISTAMÍNICO</p> <p>4. RE EVALUAR EL PASO 4</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. DARLE UN ANTIHISTAMÍNICO</p> <p>2. SEGUIR OBSERVANDO SI APARECEN SÍNTOMAS</p> <p>o</p> <p><input type="checkbox"/> 1. DARLE EPINEFRINA</p> <p>2. LLAMAR AL 9-1-1</p> <p>3. DARLE UN ANTIHISTAMÍNICO</p> <p>4. RE EVALUAR EL PASO 4</p>	
	<p>Re Evaluando:</p>		
	<p><input type="checkbox"/> Consulte la pág adicional.</p>		
	<p>Observar cuidadosamente al niño hasta que se traslade al Departamento de Emergencias. Si, después de 5 MINUTOS, los síntomas en la garganta, el pulmón o el corazón empeoran o no mejoran, DEBE DARLE una segunda dosis de epinefrina.</p>		
	<p>Padre o Contacto de Emergencias 1:</p>	<p>Teléfono:</p>	
	<p>Padre o Contacto de Emergencias 1:</p>	<p>Teléfono:</p>	

No espere al contacto de emergencias para tratar a la persona o enviarla a la sala de emergencias en ambulancia.

Firma del Médico:	Fecha:
Firma del Padre:	Fecha:



Declaración de los padres sobre la información de alergia a alimentos

Conforme al Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes 742, los distritos escolares tienen la obligación de solicitar a los padres que matriculen a los estudiantes el informar si el estudiante sufre de alergia a algún alimento o de alergia grave a los alimentos.

Este formulario le permite informar si su hijo padece de alergia a algún alimento o de alergia grave a los alimentos que, en su opinión, es importante dar a conocer al Distrito a fin de que este pueda tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

Una alergia grave a los alimentos es una reacción peligrosa o de riesgo de vida provocada en un cuerpo humano a causa de un alérgeno alimentario inducido por la inhalación, la ingestión o el contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Numere los alimentos que le provocan alergia o alergia grave a su hijo, y el tipo de reacción a dichos alimentos.

Alimento	Reacción Alérgica
Alimento 1:	Reacción 1:
Alimento 2:	Reacción 2:

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información anteriormente proporcionada y podrá revelarla a los docentes, los consejeros escolares, las enfermeras de la escuela y los demás miembros correspondientes del personal de la escuela únicamente dentro de los límites establecidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, y la Política del Distrito.

Estudiante:		Fecha da Nacimiento/Edad:
Grado:	Escuela:	Fecha:
Padre o Tutor:		
Teléfono:	Teléfono 2:	Teléfono 3:
Firma del Padre o Tutor:		Fecha:

De conformidad con las directrices del Departamento de Agricultura de Texas, para que el Distrito considere la sustitución de alimentos debido a la alergia a los alimentos de un estudiante, es obligatorio proporcionar una declaración médica firmada.

¿La alergia a los alimentos del niño constituye una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", ¿de qué manera la discapacidad limita la dieta del estudiante?
¿Qué actividad importante de la vida se ve afectada por esta discapacidad?

Alimentos Para Evitar	Alimentos para Sustituir
1:	1:
2:	2:
3:	3:

Firma del Médico:	Firma:
--------------------------	---------------

To be completed by school personnel (Para ser completado por el personal escolar):	
Date form sent home to parents:	Date form received by the School Nurse:
Date provided to Child Nutrition (if applicable):	Date provided to Transportation Dept. (if applicable):



Mesa Libre de Alergias

Usted ha indicado que su hijo sufre de alergia grave a los alimentos. Para evitar la exposición accidental en el comedor, durante los almuerzos, se proporcionará una mesa libre de alérgenos. Solo los estudiantes con almuerzos que no contengan alérgenos podrán sentarse en esa mesa.

Marque el cuadro que aparece a continuación para indicar si su hijo se sentará a la mesa libre de alérgenos.
<input type="checkbox"/> Sí quiero que mi hijo se siente en la mesa libre de alérgenos durante el almuerzo.
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo se siente en la mesa libre de alérgenos durante el almuerzo.

Fecha:	
Estudiante:	Grado:
Escuela:	Maestro:
Padre o Tutor:	
Firma del Padre o Tutor:	Firma:

To be completed by school personnel (Para ser completado por el personal escolar):
Date form received by School Nurse:
Date cafeteria personnel notified of allergen free table:
Date custodial staff notified of allergen free table: