

**Distrito Escolar Independiente de Plano
Plan de Acción de Urgencia para Alergias Severas**

Nombre: _____ F de Nac: _____ # ID: _____ Gr: _____ Bus: _____
Poner Photo Aquí

Alergia a:	
¿Es asmático?	Sí: _____ No: _____ *Riesgo más alto de reacción severa

(Determinado por el medico que autoriza el tratamiento) (To be determined by the physician authorizing treatment)

System	Symptom	Observe	Epinephrine	Antihistamine
	Ingestion with no symptoms			
Mouth	Itching, tingling or swelling of lips, tongue, mouth			
Skin	Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities			
Gut	Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea			
Lung*	Shortness of breath, repetitive cough, wheezing			
Heart*`	Weak, thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness			
Other				
	Progressing Reaction: Several systems involved			

Items with an * are potentially life threatening. The severity of the symptoms can change quickly.

Monitor for side effects of epinephrine injection: nervousness, palpitations, fast heart rate, sweating, tremor, anxiety, dizziness, headache, nausea, vomiting, or weakness.

Dosage

Epinephrine: Inject intramuscularly by auto-injector: 0.3 mg: _____ 0.15 mg: _____
 _____ Give second epinephrine dose after: _____ minutes if no improvement and EMS has not arrived.
 _____ Antihistamine – give: _____ (medication/dose/route)
 _____ Other: _____ (medication/dose/route)

Physician Consent for Self Administration of Epinephrine Auto-injector

I have instructed the student named here in the proper way to use his/her epinephrine auto-injector. It is my professional opinion that this student **Should:** _____ **Should Not:** _____ (check one) be allowed to carry and self-administer his/her epinephrine auto-injector while on school property or at school related events. **Physician Initials:** _____

Physician's name: _____ Date: _____

Physician's Signature: _____ Telephone: _____

Consentimiento del Padre/Anafilaxia

Nombre: _____ F. de Nac: _____ #ID: _____ Gr: _____

1. Llame al 911. Indique que se ha tratado una reacción alérgica y es posible que se necesite epinefrina adicional.
2. Contactos de urgencia:

Nombre	#Teléfono	Parentesco

Aun si no es posible comunicarse con el padre/tutor, ¡no dude en aplicar el medicamento o llevar al alumno a un centromédico!

Even if parent/guardian cannot be reached, do not hesitate to medicate or take the student to a medical facility!

Historial (rellenado por el padre o médico)

Favor de describir las circunstancias bajo las cuales se enteró que su hijo tenía una alergia severa a la sustancia que se indica en la parte de adelante. (ejemplo. Reacción después de la ingestión, una picadura o exposición al alérgeno, prueba de alérgenos en la piel, etc.) Describa la reacción de su hijo.

El alumno ¿alguna vez en el pasado ha sufrido una reacción con riesgo vital donde era necesario tratarlo en la salud de urgencia o admitirlo al hospital? ¿Qué tratamiento fue necesario en esa ocasión?

Consentimiento del padre:

Consentimiento del padre para la autoaplicación del autoinyector de epinefrina:

Yo, el padre/madre/tutor del alumno en referencia, **Sí: _____ No: _____ (señale uno)** concuerdo con su médico en permitir a mi hijo portar su autoinyector de epinefrina. Si mi hijo porta su propio, entiendo que la clínica escolar no tendrá su autoinyector personal de epinefrina a menos que yo provea a la escuela uno adicional, por si acaso mi hijo se olvidara el suyo. Entiendo que la enfermera escolar también evaluará el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y autoaplicar la epinefrina. **Iniciales del Padre: _____**

Consentimiento del padre/tutor para que personal auxiliar no acreditado aplique el autoinyector de epinefrina:

Yo **Sí: _____ No: _____ (marque uno)** autorizo al Distrito designar personal auxiliary no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo, entre otros, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que aplique un autoinyector de epinefrina a mi hijo mientras esté presente en el ISD de **Blanton** evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que no es posible proveer a mi alumno ningún servicio médico relacionado con la escuela sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del Padre: _____**

Consentimiento del padre/tutor a la revelación de datos y fotografía:

Yo **Sí _____ autorizo: No autorizo: _____ (marque uno)** al ISD de Plano exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que es una persona con

una alergia severa. Entiendo que el personal escolar que tienen trato con mi hijo recibirá información acerca de alergia que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar. **Iniciales del Padre:** _____

Autorización del padre/tutor para que el personal escolar comunique datos médicos:

Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen entre otros: cuidados de emergencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se detallan en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de PISD que solicite servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exoneró a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización, contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre/tutor, según se explica aquí. **Iniciales del Padre:** _____

Exoneración del padre/tutor de cualquier reclamación contra el distrito y Acuerdo de mantener indemne:

Al grado que permita la ley, a nombre mío y del alumno, exoneró y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiera de, la aplicación de un autoinyector de epinefrina al alumno y/o la autoaplicación del alumno del autoinyector de epinefrina. Esta exoneración debe ser interpretada de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo responsabilidad que resulta de la supuesta infracción de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, directa o indirectamente, la aplicación al alumno, por el Personal Escolar, de un autoinyector de epinefrina, o la divulgación de Datos médicos personales que permiten la identificación del alumno e incluye, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no haya evaluado correctamente y suficientemente el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar el autoinyector de epinefrina, por negligencia no haya reconocido síntomas que requieren el uso del autoinyector de epinefrina, haya malinterpretado síntomas que creía obligar el uso del autoinyector de epinefrina, por negligencia haya aplicado o no aplicado el autoinyector de epinefrina y/o haya "sobre divulgado" los datos de salud de mi hijo. **Iniciales del Padre:** _____

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. Fracc. 12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. Fracc. 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. Fracc. 1400 et seq.

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

2015, 2019A