

**PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE ALERGIAS DE GRAVEDAD AÑO ESCOLAR 2024-2025
CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE GREENFIELD CENTRAL**

Una alergia de **gravedad** es aquella que requiere tratamiento médico de emergencia. Si su estudiante requiere tratamiento de emergencia, incluido el uso de difenhidramina (Benadryl) o epinefrina, usted y un proveedor de atención médica autorizado deben llenar y firmar este formulario cada año escolar. Si su estudiante no requiere medicamentos, no es necesario que llene este formulario, ya que la alergia no se considera grave si los medicamentos no están indicados debido a la exposición.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTOS EN CASOS DE EMERGENCIA

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Este estudiante tiene las siguientes alergias que ***requieren el uso de medicamentos de emergencia***:

¿Este estudiante es asmático? Sí (también se debe completar un plan de atención de emergencia para el asma) No

**PASOS A SEGUIR SI EL ESTUDIANTE HA INGERIDO, HA SIDO PICADO O HA ESTADO EXPUESTO
A UN ALÉRGENO CONOCIDO:**

1. Administre los siguientes medicamentos (también se debe llenar el formulario 5330F1):

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Síntomas</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Llame de inmediato al 911 si se administra epinefrina.
- Notifique al padre/madre/tutor y enfermero de la corporación.
- Otras instrucciones/comentarios: _____

Este estudiante debería no debería llevar su propio medicamento de emergencia como se indicó antes.

Yo, persona con licencia que receta el medicamento, le enseñé cómo y cuándo administrarlo.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del HCP: _____ Número de teléfono: _____

****ESTE FORMULARIO TIENE 2 CARAS, SE DEBEN LLENAR AMBAS PARA QUE EL PLAN
PUEDA IMPLEMENTARSE.****

EL PADRE/MADRE/TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Además de las instrucciones anteriores del proveedor de atención médica (Health Care Provider, HCP), deseo comunicar la siguiente información al personal escolar en relación con mi estudiante:

Como padre/madre/tutor de un estudiante que sufre una alergia de gravedad, entiendo que debo comunicar sobre esta afección a los conductores de autobuses, entrenadores, patrocinadores extracurriculares, tutores, etc.

Si el HCP indicó que mi estudiante debe llevar medicamentos de emergencia, autorizo a mi estudiante a hacerlo. Mi estudiante recibió instrucción sobre el propósito, el método apropiado y la frecuencia de uso del medicamento recetado. También entiendo la importancia de informar de inmediato al asistente médico de la escuela ante la primera señal de una reacción alérgica. Entiendo que se activará el 911 si mi estudiante o el personal escolar usan epinefrina. Entiendo que se **recomienda encarecidamente** guardar un autoinyector adicional en la clínica incluso si mi estudiante está autorizado a llevar el suyo.

Por el presente doy permiso para el intercambio de información médica entre enfermeros escolares, asistentes médicos, director escolar y HCP ante mencionado. También doy permiso para que el personal de la clínica comparta esta información médica con el personal escolar, según sea necesario, para ayudar a proteger la seguridad y el bienestar de mi estudiante.

Estoy de acuerdo y deseo implementar este plan de atención de emergencia para mi estudiante.

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

Nombre en letra de imprenta: _____

EL PERSONAL ESCOLAR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Fecha en que el personal de la clínica recibió el Plan de Atención de Emergencia (Emergency Care Plan, ECP): _____

ECP revisado por el personal de la clínica, alerta médica de PowerSchool actualizada con alérgenos y notificación al personal de la cafetería:

Fecha Firma

ECP revisado por el enfermero de la corporación:

Fecha Firma

Notas del personal de la clínica sobre este plan (si es necesario):