

Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios de Salud Escolar

Pegar
foto

Plan Individualizado de Salud, la alergia que amenaza la vida

Revisado y aceptado como Plan Individualizado de Salud (IHP) para el actual año escolar. Firma/Fecha de la enfermera (RN) _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Identificación _____

Grado: _____ Maestro/a del aula: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Alergia Severa a: _____ ¿Ha tenido su hijo/a una reacción? Sí No

¿Cuáles fueron los síntomas de la reacción? _____

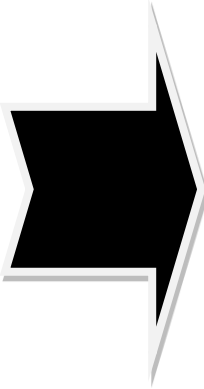
Asmático/a: Sí No ** Alto nivel de riesgo por reacción severa** Fecha de expiración del medicamento: _____

Cualquier SÍNTOMA GRAVE después de sospechar o saber cuál alérgeno:

Pulmones: Dificultad para respirar, tos constante, sibilancia asmática
 Corazón: Pulso filiforme, presión arterial baja, desmayos, palidez, cambio de color en el rostro
 Garganta: Endurecimiento de la garganta, ronquera, tos seca
 Boca: Comezón o inflamación de los labios, lengua, boca
 Piel: Muchas ronchas por el cuerpo

O Combinación de síntomas en diferentes partes del cuerpo:

Piel: Ronchas, salpullido/erupciones, inflamación
 Intestino: Vómito, dolor de tipo cólico



INYECTAR EPINEFRINA INMEDIAMENTE

--Llamar al 911
 --Monitorear (ver a continuación)
 --Medicamentos adicionales
 ** Antiestamínico
 ** Inhalador (broncodilatador)
 Si presenta Asma
****No se debe depender de los inhaladores/brocodilatadores y antiestamínicos para tratar una reacción severa (anafilaxis)**

****En caso de duda, usar Epinefrina. Los síntomas pueden hacerse más severos rápidamente**

SÍNTOMAS LEVES solamente

Boca: Comezón en la boca
 Piel: Algunas ronchas alrededor del cuerpo/ boca/ cara, comezón leve
 Intestino: Nausea leve/malestar



DAR ANTIESTAMÍNICO

--Mantenerse al lado del niño/a, alertar al / a la enfermero/a de la escuela y a los padres
--SI LOS SÍNTOMAS PROGRESAN (ver instrucción anterior) INYECTAR

- Si está marcado, dar epinefrina por CUALQUIER síntoma si pudo haber estado expuesto/a a un alérgeno
- Si está marcado, dar epinefrina antes de que ocurra cualquier síntoma si ha estado definitivamente expuesto/a a un alérgeno

Llame al 911 y la enfermera de la escuela. Quédese con el/la estudiante. Dígame al personal del rescate que le fue dada Epinefrina. Envíe el estuche de Epinefrina que se utilizó con EMS / 911. Una segunda dosis de Epinefrina puede administrarse 5-15 minutos después de la primera inyección, si los síntomas persisten o se vuelven a producir. En caso de una reacción severa, considerar mantener al/ a la niño/a acostado/a sobre la espalda con las piernas elevadas. Tratar al / a la niño/a incluso si los padres no pueden ser localizados.

Medicamentos provistos por los padres:

Epinefrina (nombre/marca): inyectar intramuscularmente _____
(Ver las instrucciones que se encuentren en la caja) ¡Una vez que la Epinefrina haya sido administrada, siempre llamar al 911!

Antiestamínico: Dar _____
Medicamento/dosis/vía _____ Lugar de la medicación _____

Otro: Dar _____
Medicamento/dosis/vía _____ Lugar de la medicación _____

- El/La estudiante debe llevar consigo la Epinefrina
- El/La estudiante debe administrarse la epinefrina a sí mismo/a (Tiene que llenar un formulario para llevar consigo la Epinefrina)

Nombre del médico _____ Firma del médico _____ Número del médico _____ Fecha _____

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios de Salud Escolar**

Nombre del padre o de la madre _____

Firma del padre o de la madre _____

Iniciales _____

Fecha _____

Nombre del estudiante: _____ Identificación _____

Después de haber notificado al Servicio Médico de Emergencia (EMS en inglés)

- Reúna toda la información correcta de la reacción, incluyendo la intervención médica y quién fue testigo del evento.
- Guarde una muestra de la comida que haya comido antes o el insecto si es posible, colóquelo en una bolsa y guárdelo para ser analizado.
- Si la comida fue provista por la cafetería de la escuela, revise las etiquetas de los alimentos con el/la administrador/a de la cafetería.
- Seguimiento:
 - Revise los factores de la reacción con el/la estudiante y los padres y provea la información de aquellos que hayan sido testigos de la reacción o que estuvieron involucrados con el/la estudiante por si se necesita saber básicamente lo ocurrido.
 - Las explicaciones deben ser de acuerdo a la edad.
 - Modificar y revisar la PHI, HCIS y / o plan de 504, según sea necesario después de una reacción.

¿Sabe su hijo/a cuáles alérgenos evitar? Sí No

¿Sabe su hijo/a reconocer los síntomas de una reacción de alergia? Sí No

¿Proveerá usted las comidas para su hijo/a en la escuela? Sí No

¿Comerá su hijo/a la comida provista por la escuela, desayuno y/o almuerzo? Sí No

*** Si se requieren sustituciones específicas por favor haga que su médico complete el formulario estándar de Sustitución Alimentos***

Fiestas en el aula, excursiones y meriendas:

Las fechas de las fiestas en el aula y las opciones de las fiestas están especificadas por el/la administrador/a de la escuela. Los horarios de merienda son especificados por el/la maestro/a de la clase. **El Distrito Escolar Independiente de McKinney no puede garantizar que las comidas que se traen de fuera de la escuela han sido hechas sin productos alérgenos.** Usted debe escoger y proveer una merienda alternativa para su hijo/a.

Es la responsabilidad de los padres de un niño/a con alergias de trabajar con el/la administrador/a de la escuela, el/la enfermero/a, y el/la maestra del aula con respecto al horario de merienda, fiestas en el aula y excursiones.

Almuerzo:

Si su hijo/a tiene una alergia alimentaria que amenaza su vida, el Distrito Escolar Independiente de McKinney está tratando de añadir un nivel de protección para su hijo/a en la cafetería durante el almuerzo.

Yo entiendo y acepto que mi hijo/a se sentará solo/a en una mesa durante el periodo del almuerzo si no existen otros/as niños/as con similares alergias alimentarias que amenacen sus vidas en su grado el cual ha solicitado un asiento en la mesa libre de alérgenos.

Yo entiendo y acepto que los empleados del Distrito Escolar Independiente de McKinney no revisarán los almuerzos de los/as estudiantes para determinar si ellos no tienen "cacahuates y/u otro alérgeno".

Nombre del padre o la madre _____

Firma del padre o la madre _____

Iniciales _____

Fecha _____

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios de Salud Escolar**

Nombre del/de la estudiante: _____ Identificación _____

Metas de la familia del/de la estudiante para este año escolar:

El estudiante aumentará su auto-administración como evidencia para:

1. _____ Fecha de finalización _____

2. _____ Fecha de finalización _____

Contactos de emergencia

Padres/Guardián

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Otros contactos de emergencias:

Nombre: _____

Relación con el/la estudiante: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Número de la Clínica de la escuela: _____

Comentarios adicionales: _____

Yo entiendo que mi hijo/hija es elegible para la ubicación en los servicios 504. Por favor, escriba sus iniciales en una de las siguientes oraciones.

_____ Yo estoy interesado/a en saber más acerca de la ubicación en los servicios de 504.

_____ Mi estudiante ya está recibiendo los servicios de 504. La última fecha de la reunión de 504 fue _____.

_____ Yo no estoy interesado/a en continuar con los servicios de 504 en este momento.

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.

Yo pido que esta medicación será dada por un/una empleado/a de la escuela. Yo comprendo que el Buró de la Administración del Distrito Escolar y los/as empleados/as del distrito no se hacen responsables de los daños o lesiones resultantes de la administración de este medicamento.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tengan un interés legítimo en la información, de acuerdo con la Política de la Junta Escolar y de la Educación de la Familia y la Ley de la Privacidad del MISD. Yo doy permiso para la divulgación de información confidencial sobre problemas específicos de salud de mi hijo/a a terceros, personas distintas de las autoridades escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y / o tratamiento de mi hijo/a. Autorizo al enfermero / a la enfermera y el médico que prescribe el medicamento para tratar de forma confidencial o aclarar la orden de la medicación y para discutir la respuesta del/de la estudiante a la medicación prescrita según sea necesario por la ley (Enfermera Práctica y Médicos Practicantes de Texas).

Nombre del padre / madre

Firma del padre / madre

Iniciales

Fecha

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios de Salud Escolar**



Hoja de información de las condiciones de salud
(Para uso general del personal, copiar y distribuir según sea necesario)

Nombre del la estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
Condición _____	Grado _____
Nombre del médico _____	# de teléfono _____
Nombres de los padres _____	# de teléfono _____
Dirección _____	Teléfono del trabajo _____
Empleador _____	Cell/Móvil # _____
Contacto de emergencia #1 _____	Teléfono # _____
Contacto de emergencia #2 _____	Teléfono # _____

Si signos o síntomas de las condiciones mencionadas anteriormente ocurren siga los siguientes pasos:

- A) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____

- B) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____

- C) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____

Por favor marque con un círculo uno de los siguientes para indicar el nivel al que este estudiante puede realizar este cuidado.

Independientemente Necesita ayuda/supervisión No puede hacerlo por sí mismo/a

Comentarios adicionales: _____

El Plan Individualizado de Salud ha sido revisado y discutido por la enfermera de la escuela y / o el padre / madre / tutor y presentamos la información anterior como la conciencia personal y la información individualizada de los estudiantes para agilizar la atención del/de la estudiante en momentos en que una enfermera escolar puede no estar disponible. **Este formulario también puede ser completado por la Enfermera Registrada de la escuela cuando no se ha recibido información del médico o de los padres. Un/a maestro/a o sustituto/a debe ser advertido/a de una condición médica y las medidas necesarias para garantizar la seguridad del estudiante en momentos en que un/una enfermero/a escolar no puede estar fácilmente disponible.**

Nombre del/de la enfermera: _____ Firma: _____ Date: _____

Nombre del padre/madre (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____

Nombre del médico (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____