

DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
Permiso de Padres y Autorización del Médico
Para Manejo de Anafilaxia en la Escuela
“Reacción Alérgica Severa”
Plan Escolar de Salud Individualizado (ISHP)

Fecha _____

| | | |
|-----------------------|---------------------|------------------|
| Nombre del Estudiante | Fecha de Nacimiento | Grado |
| Dirección | Tel. de Casa | Tel. del Trabajo |

CONSENTIMIENTO DE PADRES

Yo, el firmante y padre/guardián del alumno antes mencionado, pido lo siguiente para el Manejo de Reacción Alérgica/Anafilaxia Severa en la escuela sea administrada a mi niño de acuerdo con el Código de Educación de California §49423.5. Yo voy a:

1. Proveer todas las medicinas, provisiones y equipo.
2. Notificar a la Enfermera de la Escuela si ocurre un cambio en la salud del alumno o en el doctor de este.
3. Notificar a la Enfermera de la Escuela inmediatamente, y proveeré un permiso Nuevo, para cualquier cambio en las ordenes del doctor.
4. **Yo declare que si mi estudiante carga y se administra su propia medicina él/ella tiene que cargarla consigo para poder asistir a una excursión.**

Yo autorizo a la enfermera de la escuela para que se comuniquen con proveedores de salud autorizados cuando sea necesario sobre la medicina y condición médica específica de mi alumno. Yo recibiré una copia del ISHP llevado a cabo para mi niño.

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Firma del Padre/Guardián | Fecha |
|---------------------------------|--------------|

**Autorización del Doctor para Administración
de Medicina por Personal Escolar**

1. Reacción Alérgica a: _____

Asmático Sí No
(Asmáticos tienen un alto riesgo de reacción severa)

| Síntomas | De Medicina Marcada** **Será determinado por el Doctor que autoriza el tratamiento | |
|--|---|--|
| Si se ha ingerido un alérgeno alimenticio, pero no hay síntomas | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| Boca – Pica, hormiguea, o hinchazón de labios, lengua, boca | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| Piel – Ronchas, salpullido, hinchazón de cara o extremidades | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| Estomago– Nausea, retorcijones, vómito, diarrea | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| † Garganta – Cierre de garganta, ronquera, tos | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| † Pulmón – Dificultad al respirar, tos repetida, silbidos al respirar | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| † Corazón - Pulso débil o inusual, presión baja, desmayo, palidez, se ve azul | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| † Otro _____ | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| Si la reacción progresa (varias de las áreas mencionados afectada), de | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

2. **Medicina #1:** _____

3. Dosis: _____

4. Método de Administración: _____

5. **Medicina#2:** _____

6. Dosis: _____

7. Método de Administración: _____

La severidad de los síntomas puede cambiar rápidamente. Todos los síntomas antes mencionados Pueden progresar potencialmente a una situación de vida o muerte.

**Llame al 911 al principio de la crisis
Administre el medicamento según ha sido ordenado
Asegúrese que hay suficiente espacio para respirar
Lleve a cabo CPR si es necesario
Llame a la enfermera de la Escuela
Llame al Padre
Asista a los paramédicos según sea necesario**

**CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA EL MANEJO DE UNA REACCIÓN
ALÉRGICA/ANAFILÁCTICA SEVERA EN LA ESCUELA**

Mi firma abajo provee la autorización para las órdenes escritas antes mencionadas. Yo entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo con las leyes y regulaciones de California. Yo entiendo que cuidado medico especializado puede ser llevado a cabo por personal escolar no licenciado bajo entrenamiento y supervisión provista por la Enfermera de la Escuela. Esta autorización tiene una duración máxima de un (1) año. Si se indican cambios, yo proveeré una autorización escrita nueva(puede ser mandada por fax).

- **Yo he instruido a _____ sobre la manera apropiada de usar su medicina. Mi opinión profesional es que a él/ella se le debe permitir cargar y auto administrarse su medicina.**
- **Mi opinión profesional es que _____ NO debe cargar o auto administrarse su propia medicina.**

Firma del Doctor: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Tel.: _____

Firma del(la) Director(a): _____

Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____

Tel.: _____

Creado 4/21/2010 bde