



**Distrito escolar conjunto de Neenah  
410 S Commercial St.  
Neenah, WI 54956**



Plan de alergias a comidas y anafilaxia

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Tel. del hogar \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Alergia a: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lbs.

La alergia es (marque todos los que aplican): Contacto  Llevado por el aire  Ingestión

¿Su hijo/a debe sentarse en una mesa de almuerzo designada libre de nueces? Sí  No

Asma: Sí (riesgo más alto para reacción severa)  No

**Complete si su hijo/a es EXTREMADAMENTE REACTIVO:**

**Extremadamente reactivo/a a las siguientes comidas:** \_\_\_\_\_ **POR LO TANTO:**

- Sí marcado, dar epinefrina inmediatamente para CUALQUIER síntoma si el alérgeno **PROBABLEMENTE** fue comido.
- Sí marcado, dar epinefrina inmediatamente si el alérgeno fue **DEFINITIVAMENTE** comido, **AUNQUE NO SE NOTEN NINGUNOS SÍNTOMAS.**

Para cualquier **SÍNTOMA SEVERO** después de  
ingestión sospechada o conocida:  
(uno o más de los siguiente)

Pulmón: Corto de respiración, resollar, toz repetitiva  
Corazón: Pálido, azul, débil, pulso débil, mareos  
Garganta: Apretada, ronco, dificultad respirando/tragando  
Boca: Hinchazón significativa de la lengua y/o labios  
Piel: Mucha urticaria sobre el cuerpo, enrojecimiento generalizado  
Intestino: Vomitos repetitivos, diarrea severa  
Otros: Sentir que algo malo está por suceder, ansiedad, confusión



- 1. Inyectar Epinefrina inmediatamente**
- 2. Llamar al 911**
3. Considerar dar medicamentos adicionales:
  - a. Antihistamina
  - b. Inhalador (si resollando)
4. Recueste a la persona con las piernas elevadas.
5. Si los síntomas no mejoran o si se empeoran después de 5 minutos, de ser disponible darle una segunda dosis de epinefrina.
6. Avise a los contactos de emergencia.

Para cualquier síntoma **LEVE** de un **SISTEMA SENCILLO**:

Nariz: Picor/nariz acuosa, estornudos  
Boca: Picazón en la boca  
Piel: Unas cuantas colmenas, picor leve  
Intestino: Nausea leve/malestar



1. Se le puede dar Antihistamina , si es ordenada por un médico.
2. Quédese con la persona y monitoree por si hay cambios.
3. Si los síntomas empeoran, darle epinefrina si es ordenada. De darse llame al 911.
4. Avise a los contactos de emergencia.

**PARA SÍNTOMAS LEVES DE MÁS DE UN ÁREA DE SISTEMAS, DAR EPINEFRINA.**

Mi hijo/a tiene una reacción leve y si mi hijo/a ingiere \_\_\_\_\_ por favor de llamar a un padre. **Medicamento no se proporciona para la escuela a este tiempo. Yo entiendo que si esta reacción parece poner en peligro su vida, se llamara al 911 primero.**

Medicamentos/dosis para darse en la escuela:

Marca de epinefrina(Etiqueta de la receta adjunta): \_\_\_\_\_

Dosis de Epinefrina:  0.15 mg IM  0.3 mg IM Fecha de expiración:\_\_\_\_\_

Marca de Antihistamina o genérica:\_\_\_\_\_

Dosis de Antihistamina:\_\_\_\_\_ Fecha de expiración:\_\_\_\_\_

Otro: (e.g.,Inhalador-broncodilatador en caso de sibilancias):\_\_\_\_\_ Fecha de exp:\_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para manejar una condición de salud mientras en la escuela u otras actividades relacionadas con la escuela**

Yo, el padre/la madre/guardián del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción sea usado para guiar el cuidado de mi hijo/a en caso de una emergencia de atención médica. Yo estoy de acuerdo a:

- Proveer los materiales y equipo necesario.
- Notificar al personal de la escuela o a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante.
- Notificar al personal de la escuela y completar nuevos consentimientos para cambios en las órdenes del proveedor de salud del estudiante.
- Autorizar a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de cabecera o especialista de mi hijo/a acerca de la condición de salud de mi hijo/a según sea necesario.
- Personal de la escuela directamente interactuando con mi hijo/a puede ser informado sobre su plan de cuidado de salud.
- Someter nuevos formularios anualmente si la condición de salud todavía existe o informar a la escuela que la condición ya no existe.

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información del médico**

Imprima el nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revised 5/2019