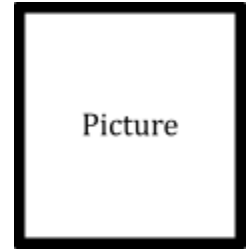




**Distrito escolar conjunto de Neenah
410 S Commercial St.
Neenah, WI 54956**



Plan de emergencia de picadura de insecto

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: _____

Sección 1: SÍNTOMAS

Síntomas de una reacción alérgica pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- BOCA: Picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca
- GARGANTA: Picazón, opresión en la garganta, ronquera, tos
- PIEL: Urticaria , sarpullido con picazón, hinchazón de la cara y las extremidades
- ESTOMAGO: Náusea, calambres abdominales, vómitos, diarrea
- PULMON: Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancia
- CORAZON: Pálido, azul, débil, pulso débil, mareos

Describe señas y síntomas conocidos de cualquier picadura de insecto previa _____

Sección 2: PROCEDIMIENTO

Tratamiento debe de ser iniciado: Con síntomas Sin síntomas

1. Dar medicamento según indicado.
2. Si se le da Epinefrina, llame al 911.
3. Puede ser que necesite Epinefrina adicional, repita el inyector de Epinefrina después de 5-10 minutos si los síntomas continúan.
4. Quédese con el estudiante y monitoree la condición.
5. Notifique a los padres/guardián.
6. Transporte al hospital de preferencia: _____

Sección 3: MEDICAMENTOS (para ser completado por el médico)

Inyector de Epinefrina IM (circule uno): EpiPen Jr. – 0.15 mg EpiPen – 0.3 mg Auvi-Q - 0.15 mg Auvi-Q - 0.3 mg

Fecha de expiracion de la Epinefrina: _____

Antihistaminicos- dar nombre/dosis/ruta del medicamento: _____

Fecha de expiracion de la Antihistamina: _____

Otro – dar nombre/dosis/ruta del medicamento: _____

*Todo medicamento sin receta debe de estar en su envase original.

*Todo medicamento recetado debe de estar en una caja de farmacia correctamente etiquetada.

IMPORTANTE: No se debe de depender de los inhaladores de asma y la antihistamínica para reemplazar a la Epinefrina en casos de anafilaxia.

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 _____