



Division of Special Education and Special Services
Health Services

**Plan de Acción Para el Manejo de Alergias a los Alimentos/
Planteamiento Alimenticio Por Instrucciones Médicas
(Deberá Ser Renovado Cada Año Escolar)**

Nombre del Estudiante _____ Escuela: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____ Maestro(a): _____
Grado: _____ Num. de Identificación del Estudiante: _____

Alérgico(a) a: _____

Tiene Asma: *Si ___ No ___ * Alto Riesgo de una Reacción Aguda

Diagnóstico: (Incluya una descripción de la necesidades médicas o dietéticas especiales con restricciones en la alimentación del niño(a))

Anote los alimentos que deberán omitirse de su alimentación :

Anote las comidas que puedan usarse en sustitución (Plan Dietético):

Término de tiempo que deberá seguirse la dieta:

Información Adicional:

Señales de una Reacción Alérgica

Sistema

Síntomas

Boca

Comezón e inflamación de labios, lengua o boca

Garganta

Comezón o una sensación de garganta cerrada, ronquera, tos seca recurrente

Piel

Ronchas o erupción con comezón, y/o inflamación de la cara y las extremidades

Abdomen

Nausea, retortijones abdominales, vómito, y/o diarrea

Pulmones

Falta de aliento, tos repetitiva y/o respiración jadeante

Corazón

Pulso "Filiforme", "desmayos"

La severidad de los of síntomas puede cambiar rápidamente. *Todos los síntomas descritos anteriormente pueden progresar potencialmente a una situación que cause la muerte.

Plan de acción para una Reacción Menor

Si los únicos síntomas son: _____, darle

(medicamento/dosis/ruta)

Luego llamar a:

1. Madre _____ Padre _____ o contactos de emergencia.
2. Dr. _____ al número _____

October 2, 2009



Division of Special Education and Special Services

Health Services

Si su condición no mejora en el transcurso de 10 minutos, siga los pasos delineados a continuación para una Reacción Mayor:

Plan de acción para una Reacción Mayor

Si se sospecha una ingestión y/o los síntomas son: _____,
 darle _____ INMEDIATAMENTE!
 (medicamento/dosis/ruta)

Luego llamar a:

1. Cuadrilla de Rescate (solicite la medidas avanzadas para salvar la vida)
2. Madre _____, Padre _____, o contactos de emergencia
3. Dr. _____ al número _____

NO DUDE EN LLAMAR A LA BRIGADA DE RESCATE (911)

Por medio de la presente otorgo mi consentimiento para dar a conocer y para el intercambio de la información contenida en el expediente médico o profesional de mi hijo(a).

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Firma del Médico/con Letra Impresa o por Sello

Fecha

Números de Teléfono y Fax

Contactos de Emergencia	Miembros del Personal Docente Capacitados
1. _____ / _____ (Parentezco) (Fecha)	1. _____ Salón. _____
2. _____ / _____ (Parentezco) (Fecha)	2. _____ Salón. _____
3. _____ / _____ (Parentezco) (Fecha)	3. _____ Salón. _____

INSTRUCCIONES PARA DISPENSAR EPIPEN AND EPIPEN JR.

1. Quitar la tapadera gris de activación.
2. Sujetar la punta hacia atrás cerca de la parte exterior del muslo. (Siempre se aplica en el muslo)
3. Con vuelo dar un pinchazo firmemente en el muslo exterior hasta que el mecanismo del auto inyector funcione. Detenerlo en su lugar y contar hasta 10. El EpiPen entonces se retira y se lleva consigo a la Sala de Emergencias. Se recomienda dar un masaje al area de la inyección durante 10 segundos.

 School Nurse Signature / Date

 Cafeteria Manager Signature / Date

October 2, 2009



Division of Special Education and Special Services
Health Services