

Plan de acción para las alergias alimentarias

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor _____ Número de teléfono celular _____

ALERGIA A: _____

Asmático _____ Sí * _____ No * Mayor riesgo de reacción grave

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. Potencialmente mortal.

PASO 1: TRATAMIENTO - Síntomas: Administre EpiPen:

* Si se ha ingerido un alérgeno alimentario, pero no presenta síntomas

* Boca Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca

* Urticaria en la piel, sarpullido con picazón, hinchazón de la cara o las extremidades

* Intestino Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea

* Garganta = apriete de garganta, ronquera, tos seca

* Pulmón = dificultad para respirar, tos repetida, sibilancias

* Corazón = pulso filiforme, presión arterial baja, desmayo, pálido, azul

* Otro = _____

* Si la reacción está progresando (varias de las áreas anteriores afectadas)

PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA

1. Llame al 911 (o al equipo de rescate: _____).

Indique que se ha tratado una reacción alérgica y que es posible que se necesite epinefrina adicional.

2. Dr. _____ en (_____)

3. Contactos de emergencia: Nombre / Número (s) de teléfono de parentesco

AUNQUE NO SE PUEDA LLEGAR AL PADRE / TUTOR, ¡NO DUDE EN MEDICAR O LLEVAR AL NIÑO A UN CENTRO MÉDICO!

El estudiante es capaz y responsable de autoadministrarse el EpiPen.

o Si o NO

- Doy mi permiso a la Iglesia St. Joseph para compartir con el personal apropiado esta información según se considere necesario para la salud y seguridad de mi hijo (a).

- Yo dejo a St. Joseph Church, sus funcionarios, directores, agentes, empleados, contratistas independientes, licenciarios y cesionarios de todos los reclamos que tenga ahora o que pueda tener en el futuro, relacionados con lo anterior.

- Soy el padre o tutor de los menores nombrados a continuación, y por la presente doy mi consentimiento a lo anterior en nombre de los menores y de mí mismo.

Firma del padre / madre / tutor _____ Fecha: _____

Firma del médico _____ Fecha: _____