

Cuestionario Sobre Reacciones Alérgicas Severas.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha Actual: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

1. Describa detalladamente a que es alérgico su hijo(a):
2. Con cuanta frecuencia su hijo tiene reacciones alérgicas severas?
3. Describa el tipo y la severidad de la reacción alérgica:
4. Cuando fue la ultima vez que su hijo sufrió una reacción alérgica?
5. Cuando fue la ultima vez que su hijo fue hospitalizado?
6. Que hace Usted cuando su hijo tiene una reacción alérgica severa (Ej.: medicamentos, visitas medicas)?
7. Tiene su hijo algunos efectos secundarios por causa de los medicamentos que toma para sus reacciones alérgicas severas?
8. Su hijo comprende sobre estas reacciones alérgicas y sabe como evitar los alergenos?
9. Que le gustaría que la escuela haga si su hijo llega a tener estas reacciones severas aquí en la escuela?

Con la información que Usted nos brinde al responder las preguntas dadas, la enfermería de la escuela necesitara desarrollar un Plan de Reacción Alérgica:

SI NO

Firma del Padre de Familia

Fecha

Plan de Acción en Alergia

Plan de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Alergias: _____

Peso: _____ Kg./lbs. Asma: Sí (mayor riesgo de reacción severa) No

Ponga la foto del estudiante aquí

Extremadamente sensible a los siguientes alimentos:

COMO PROCEDER: _____

- Administrar Epinefrina inmediatamente ante CUALQUIER síntoma que se presente si se sospecha de haber ingerido el alergeno.
- Administrar Epinefrina inmediatamente si se confirma la ingesta del alergeno, aunque no se presente ningún síntoma.

SINTOMAS SEVEROS tras haber ingerido un alergeno:

Uno o más de los siguientes:

PULMON: Falta de aire, sibilancias, tos repetitiva
CORAZON: palidez, cianosis (coloración azul de la piel), desmayo, pulso débil, mareo, confusión.

GARGANTA: ardor, dificultad para tragar o respirar.

BOCA: inflamación obstructiva (lengua y/o labios)

PIEL: sarpullido - reacción alérgica en la piel

O la combinación de síntomas en diferentes partes del cuerpo:

PIEL: urticaria/ronchas, picor, sarpullido, inflamación (ej: ojos, labios)

ESTOMAGO: vómito, dolor

1. INYECTAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE

2. Llamar al 911
3. Comenzar seguimiento del paciente (ver indicaciones abajo)
4. Administrar medicamentos adicionales:*
- a. Antihistamínicos
- b. Broncodilatador inhalado, en caso de asma

*Los antihistamínicos & inhaladores/broncodilatadores no están indicados para el tratamiento de una reacción alérgica severa (anafilaxia). USAR EPINEFRINA



SINTOMAS LEVES SOLAMENTE:

BOCA: picor en boca

PIEL: sarpullido alrededor de la boca o cara, picor leve

ESTOMAGO: náuseas leves, malestar general

1. ADMINISTRAR ANTIHISTAMINICO

2. Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y avisar a los padres.
3. Si los síntomas progresan (ver arriba), USAR EPINEFRINA
4. Comenzar seguimiento (ver indicaciones abajo)



Medicación/Dosis

Epinefrina (marca y dosis): _____

Antihistamínico (marca y dosis): _____

Otro (por ej., inhalador-broncodilatador si es asmático): _____

MONITOREO

Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y a los padres. Comunicar al personal de emergencias que se le administró epinefrina; Pedir una ambulancia que cuente con epinefrina; Anotar la hora en que se administró la epinefrina. Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina a los 5 minutos o más de la primera dosis en caso de que los síntomas persistan o reaparezcan. En caso de reacción severa, procurar mantener al estudiante acostado boca arriba con las piernas levantadas. Se debe administrar la medicación aunque no se pueda contactar con los padres. Ver modo de administración del autoinyector al reverso/detrás.

Firma de los padres

Fecha

Firma del médico

Fecha

PROCEDURE FOR EPIPEN OR EPIPEN JR AUTO-INJECTOR

Step 1. Prepare EpiPen or EpiPen Jr for Injection



Flip open the yellow cap of your EpiPen or the green cap of your EpiPen Jr carrier tube.

Tip and slide the auto-injector out of the carrier tube.

Note: The needle comes out of the orange tip. To avoid an accidental injection, never put your thumb, fingers or hand over the orange tip. If an accidental injection happens, get medical help right away.



Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.

With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up without bending or twisting it.

Step 2. Administer EpiPen or EpiPen Jr for Injection

If you are administering to a young child, hold the leg firmly in place while administering an injection.



Place the orange tip against the middle of the outer thigh (upper leg) at a right angle (perpendicular) to the thigh.

Swing and push the auto-injector firmly until it 'clicks'. The click signals that the injection has started.



Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1,2,3). The injection is now complete.



Remove the auto-injector from the thigh. The orange tip will extend to cover the needle. If the needle is still visible, do not attempt to reuse it.



Massage the injection area for 10 seconds.

Step 3. Get Emergency Medical Help Now

You may need further medical attention, **CALL 911**. You may need to use a second EpiPen or EpiPen Jr Auto-Injector if symptoms continue or recur.

PROCEDURE FOR EPINEPHRINE USP AUTO-INJECTOR

Step A



- Pull off GRAY end cap with the [1]; you will now see a RED tip. Never put thumb, finger, or hand over the RED tip.
- Pull off GRAY end cap with [2].

Step B



- Put the RED tip against the middle of the outer side of your thigh (upper leg) as shown. It can go through clothes.

Step C



- Press down hard until the needle enters your thigh (upper leg) through your skin. Hold it in place while slowly counting to 10.
- Remove the epinephrine auto-injector from your thigh.
- Check the RED tip. If the needle is exposed, you received the dose. If the needle is not visible, repeat Step B.

Get emergency medical help right away: Call 911.

An allergy response kit should contain at least two doses of epinephrine, other medications as noted by the student's physician, and a copy of this Allergy Action Plan.

A kit must accompany the student if he/she is off school grounds (i.e., field trip).

Contacts

Doctor: _____ Phone: (____) _____ - _____

Parent/Guardian: _____ Phone: (____) _____ - _____

Other Emergency Contacts:

Name/Relationship: _____ Phone: (____) _____ - _____

Name/Relationship: _____ Phone: (____) _____ - _____

**KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACION O PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS**

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

En un esfuerzo de promover la buena salud de los estudiantes y mantener un buen rendimiento escolar, es necesario que se suministre medicinas durante horas escolares.

Solicitud del Médico para suministrar medicina(s) durante horas escolares:

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	DOSIS EN LA ESCUELA	HORA DE TOMARLA

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Comentarios: (Razón para tomar la medicina, efectos secundarios posibles, etc.)

*No se suministran o ponen inyecciones excepto aquellas que son necesarias en una situación de emergencia o aquellas que son necesarias para que el estudiante pueda permanecer en la escuela (i.e. insulina, epinefrina).

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

El personal de Klein no está permitido a suministrar o dar ninguna clase de medicinas, incluyendo aspirina, preparaciones similares, o cualquier otra droga, a no ser que el padre solicite por escrito que existe la necesidad de esa medicina. Las medicinas sin receta médica que son necesarias por más de dos semanas también deben tener la solicitud escrita de un médico. Cuando se suministran o dan medicinas recetadas, el distrito escolar prefiere tener una declaración escrita de un médico o dentista licenciado para practicar en los Estados Unidos. Sin embargo, la información escrita en la etiqueta del recipiente con la medicina, si es precisa y clara para la enfermera de la escuela, puede substituir la declaración anterior. La medicina debe ser surtida por un farmacéutico licenciado para practicar en los Estados Unidos. Todas las medicinas deben estar en su recipiente original y son guardadas en un gabinete cerrado con llave en la oficina de la enfermera o de la persona designada por el director y son suministradas por el personal de la enfermería o un empleado de la escuela. Si las circunstancias son dudosas, el empleado de la escuela tiene el derecho de negar la solicitud del padre. Los empleados de la escuela no pueden dar vitaminas, alimentos especiales para la salud (health foods) o preparaciones de hierbas. No se suministrará ninguna medicina recetada o sin receta de países extranjeros.

PERMISO O AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Con la presente, yo autorizo al personal de la escuela a suministrar o dar medicina sin receta médica a mi hijo(a) durante horas escolares o medicina recetada de acuerdo a las instrucciones del médico. Yo comprendo que toda medicina sin receta médica que se le va a dar a mi hijo(a) por más de dos semanas necesita la autorización de un médico. También, yo tengo conocimiento que no se cambiará la dosis de la medicina sin una orden del médico que recetó la medicina.

Yo (doy / no doy) mi autorización al personal de la escuela, con mi solicitud verbal, para suministrar o dar dosis de medicina en adición a las dosis especificadas en este formulario, si es necesario que mi hijo(a) reciba la dosis diaria recetada por su médico y especificada en este formulario. Si hago tal solicitud, me comprometo a proveer la medicina adicional a la escuela después para permitir que la escuela continúe dando la dosis ordenada para administrarse en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AVISO DE TRASPASO/CONSENTIMIENTO PARA ADQUIRIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha/Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nosotros estamos pidiéndole su autorización para que el Distrito de Klein (o su agente) hable con las personas especificadas en relación con el estudiante arriba mencionado y el traspaso o petición de los documentos especificados conteniendo información confidencial en relación con el estudiante arriba mencionado.

<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA TRASPASAR INFORMACION A: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	<p align="center">DOCUMENTOS PEDIDOS</p> <input type="checkbox"/> Todos los registros educacionales <input type="checkbox"/> Transcripciones & Vacunas <input type="checkbox"/> Valoraciones Académicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Psicológicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Comprensivas <input type="checkbox"/> Valoraciones de Conversacion/Lenguaje <input type="checkbox"/> Valoraciones Vocacionales <input type="checkbox"/> Valoraciones de OT/PT <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Reportes de ARD/IEP <input type="checkbox"/> Plan Individual de Transición <input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA PEDIR INFORMACION DE: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	

PROPÓSITO DEL TRASPASO:

Planeamiento Educacional
 Traslamiento del Estudiante dentro o afuera del Distrito
 Otro: _____

Si usted desea tener más información o si usted tiene algunas preguntas, por favor póngase en contacto con la persona indicada debajo:

_____ Teléfono: _____

Si No Yo he sido completamente informado(a) y entiendo la petición de la escuela para el traspaso de los registros del estudiante descritos arriba. Esta información será traspasada después de recibir mi petición escrita.

Si No Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. De otro modo, este traspaso es valido por un año desde la fecha en que se firme.

Regulaciones federales requieren que los padres y los estudiantes adultos sean proveídos con una explicación completa de todos los procedimientos de seguridad en su idioma nativo u otro medio de comunicacion, cada vez que el distrito proponga o niegue la iniciacion o cambio de identificacion, evaluación, o colocación educacional del niño/niña o la provision de una educación pública, gratis, apropiada.

_____ Fecha: _____
 Firma de los Padres, Guardianes, Padres Adoptivos, o Estudiante Adulto

_____ Fecha: _____
 Firma del Intérprete, si fué usado

Por favor devuélvalo a: _____ Fecha Correo/Enviado: _____



Request for Special Dietary Accommodations

Student Name _____ Date of Birth _____
Klein ISD ID # _____ Campus Name _____
Parent/Guardian Name _____
Parent Phone Number(s) _____ Email _____

1. Will the student eat meals from the food service department? Breakfast ____ Lunch ____
2. Check one of the following that would require dietary accommodation:
 Life Threatening Allergy: Complete Section A
 Physical/Mental Impairment (Immune, Digestion, Respiration, etc.): Complete Section B

Section A

Life Threatening Food Allergies: _____

1. Foods to be omitted: ____ Fluid Milk ____ All dairy products ____ Wheat ____ Gluten
____ Whole Eggs ____ All foods containing egg as an ingredient ____ Soy ____ Seafood
____ Whole Corn ____ All foods containing corn additives (corn syrup, etc.)
____ Peanuts ____ All Nuts ____ All foods produced in a facility with nut containing products.

Other (Please be Specific): _____

2. Foods to Substitute (please check one box)

Foods not containing allergen

Specific food items: _____

Section B

Physical/Mental Impairment: _____

Dietary Accommodation Required _____

Health Care Provider's Signature

Clinic/ Facility Name & Address

Telephone

Health Care Provider's Printed Name

Date form completed

For Office Use Only

Date Received from Physician: _____

Received by: _____

Date Emailed to Nutrition & Food Services (cdybalal1@kleinisd.net) _____

Forwarded by: _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form, \(AD-3027\)](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D. C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.