

Waller Independent School District

Health Services: Allergy & Anaphylaxis Action Plan with Nutrition Services Information

Name: _____ Student ID: _____ DOB: ____/____/____

Allergy to: _____ Asthma: ☐ Yes (↑ risk for a severe reaction) ☐ No

Student to sit at "allergen aware" table (utilized only by other students with severe food allergies) during school lunch: ☐ Yes ☐ No

MEDICATION(S)

Epinephrine brand:

Epinephrine dose: ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

☐ If checked, **give epinephrine immediately** if the allergen was definitely eaten, even if no symptoms are noted and call 911.

Antihistamine brand or generic:

Oral antihistamine dose:

Other (e.g. inhaler if wheezing):

SELF-ADMINISTRATION

To be completed by prescribing healthcare provider (HCP) only.

I have assessed the student named above in appropriate medication administration. Based on my assessment, I recommend:

☐ allowing student self-transport/administration of epinephrine for the current school year. During my assessment the student verbalized the purpose of the medication, the time/circumstance to administer, and when to seek help from school staff.

☐ restricting permission to self-transport/administer epinephrine and reevaluating permission at a later date.

☐ other: _____

SYMPTOMS (mild to severe)		TREATMENT (as checked)	
WISD staff will administer medication(s) as prescribed, contact 911 for epinephrine administration, and notify parents/guardians of action plan initiation (mild or severe response).			
Nose:	itchy/runny, sneezing	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Mouth:	itchy, tingling	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Mouth:	significant swelling of the tongue and/or lips	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Gut:	nausea/mild discomfort	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Gut:	repetitive vomiting, severe diarrhea, severe discomfort	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Throat:	tight, hoarse, trouble breathing/swallowing or swelling	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Heart:	pale, blue, faint, weak pulse, dizzy	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Lung:	short of breath, wheezing, repetitive cough	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Skin:	few hives, mild itch	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Skin:	many hives over body, widespread redness	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine
Other:		☐ epinephrine & 911	☐ antihistamine

[] Repeat epinephrine for symptoms lasting longer than _____ minutes after 1st dose

Which meals will the student eat from the school cafeteria (please circle)? **BREAKFAST** **LUNCH** **NONE**

The following must be completed by a licensed physician:

Does the student have a disability or life threatening food allergy requiring diet modification? **Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act of 1990, a person with "a disability is any person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more life activity" including a life threatening food allergy.** Yes No (circle one please)

Does the student have a prescription for an Epi-pen for a food allergy? Yes No (circle one please)

Medical Diagnosis: _____

Major life activities affected by the disability: _____

Food to be Omitted:

____ Peanuts/Tree Nuts ____ Fish/Shellfish ____ Wheat*

____ Fluid Milk ____ All Dairy Products ____ All foods containing milk as an ingredient*(Ex. Breaded items dipped in Milk)

____ Eggs by themselves ____ All foods containing egg as an ingredient*(Ex. Baked goods)

____ Soy as a main ingredient (Ex. Soy milk, edamame, soy sauce) ____ All foods containing soy as a major ingredient*(Ex. Soy in Processed foods)

____ Other: _____

*If student must omit milk or egg as an ingredient, soy as a minor ingredient, wheat, or has multiple food allergies, we may suggest a meal is brought from home or special modifications will be made to accommodate them to receive meals in the cafeteria.

Accommodations Needed:

____ Nut free foods ____ Texture Modified – Only for student with a medical diagnosis of dysphagia

____ Seafood free foods ____ Pureed ____ Mechanical Soft Ground

____ No Milk/Dairy ____ Mechanical Soft Chopped ____ Other: _____

Printed name of HCP Signature of HCP (____) ____ - ____ / ____ /20____
Phone number Date

I agree with the recommendations of my child's HCP and authorize WISD staff to deliver treatment as outlined above. I also give permission for my child's HCP to communicate with appropriate WISD employees for the current school year.

Printed Parent/Guardian Name Parent/Guardian Signature (____) ____ - ____ / ____ /20____
Phone Number Date

PLEASE RETURN TO SCHOOL NURSE

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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, 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.

Waller Independent School District

Servicios de salud: plan de acción contra alergias y anafilaxia con información sobre servicios de nutrición

Nombre: _____ ID del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alergia a: _____ Asma: ☐ Si (↑ riesgo de una reacción grave) ☐ No

El estudiante debe sentarse en la mesa "consciente de los alérgenos" (utilizada solo por otros estudiantes con alergias alimentarias graves) durante el almuerzo escolar: ☐ Yes ☐ No

MEDICAMENTO(S)

Marca de epinefrina:

Dosis de epinefrina: ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

☐ Si está marcado, **administre epinefrina inmediatamente** si definitivamente se comió el alérgeno, incluso si no se observan síntomas y llame al 911.

Marca de antihistamínico o genérico:

Dosis de antihistamínico oral:

Otro (e.g. inhalador si tiene dificultad para respirar):

AUTOADMINISTRACIÓN

Para ser completado por el proveedor de atención médica que prescribe (HCP por sus siglas en inglés) únicamente.

He evaluado al estudiante mencionado anteriormente en la administración adecuada de medicamentos. Basado en mi evaluación, recomiendo:

☐ permitir el autotransporte/administración del estudiante de epinefrina para el año escolar actual. Durante mi evaluación, el estudiante verbalizó el propósito del medicamento, el momento/circunstancia para administrarlo y cuándo buscar ayuda del personal de la escuela.

☐ restringir el permiso para autotransporte/administración epinefrina y reevaluar el permiso en una fecha posterior.

☐ Otro: _____

SÍNTOMAS (leve a severo)		TRATAMIENTO (como indicado)	
El personal de WISD administrará los medicamentos según lo prescrito, se comunicará con el 911 para la administración de epinefrina y notificará a los padres/tutores sobre el inicio del plan de acción (respuesta leve o grave).			
Nariz:	picazón/escorrimiento, estornudos	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Boca:	picazón, hormigueo	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Boca:	hinchazón significativa de la lengua y/o los labios	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Área estomacal:	náuseas/molestias leves	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Área estomacal:	vómitos repetitivos, diarrea severa, malestar severo	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Garganta:	apretado, ronco, dificultad para respirar/tragar o hinchazón	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Corazón:	pálido, azul, débil, pulso débil, mareado	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Pulmón:	dificultad para respirar, corto de aire, tos repetitiva	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Piel:	poca urticaria o picazón leve	☐ epinefrina y 911	☐ antihistamínico
Piel:	muchas urticarias sobre el cuerpo, enrojecimiento generalizado	☐ epinephrine & 911	☐ antihistamínico
Otro:		☐ epinephrine & 911	☐ antihistamínico

[] Repetir la epinefrina para los síntomas que duran más de _____ minutos después de la primera dosis

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela (circulelo)? **DESAYUNO ALMUERZO NINGUNO**

Lo siguiente debe ser completado por un médico con licencia:

¿Tiene el estudiante una discapacidad o una alergia alimentaria potencialmente mortal que requiera modificar la dieta? **La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, una persona con "una discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida", incluida una alergia alimentaria que amenaza la vida.** Si No (circule uno por favor)

¿Tiene el estudiante una receta médica para un Epi-pen para una alergia alimentaria? Si No (circule uno por favor)

Diagnostico medico: _____

Actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad: _____

Alimentos a omitir:

____ Cacahuets/Nueces de árbol ____ Pescados/Mariscos ____ Trigo*
____ Leche Fluida ____ Todos los productos lácteos ____ Todos los alimentos que contienen leche como ingrediente*
(Ej. Artículos empanizados sumergidos en leche)
____ Huevos por sí mismos ____ Todos los alimentos que contienen huevo como ingrediente* (Ej. Productos horneados)
____ Soya como ingrediente principal (Ej. Leche de soya, edamame, salsa de soya)
____ Todos los alimentos que contienen soya como ingrediente principal* (Ej. Soya en alimentos procesados)
____ Otro: _____

*Si el estudiante debe omitir la leche o el huevo como ingrediente, la soya como ingrediente menor, el trigo o tiene múltiples alergias alimentarias, podemos sugerirle que traiga una comida de casa o se harán modificaciones especiales para acomodarlos para recibir comidas en la cafetería.

Adaptaciones necesarias:

____ Alimentos libres de nueces ____ Textura modificada – solo para estudiantes con un diagnóstico médico de disfagia
____ Alimentos libres de mariscos ____ Puré ____ Molido Blando Mecánico
____ No Milk/Dairy ____ Picado Suave Mecánico ____ Otro: _____

Nombre impreso de HCP Firma del HCP (____) _____ - _____ ____/____/20 ____
Número de teléfono Fecha

Estoy de acuerdo con las recomendaciones del HCP de mi hijo y autorizo al personal de WISD a brindar tratamiento como se describe anteriormente. También doy permiso para que el HCP de mi hijo se comunique con los empleados apropiados de WISD para el año escolar actual.

Nombre del padre/tutor Firma del padre/tutor (____) _____ - _____ ____/____/20 ____
Número de teléfono Fecha

POR FAVOR REGRESE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.