

# 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)

### AUTOADMINISTRACIÓN

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):  
 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene el estudiante una receta médica para un Epi-pen para una alergia alimentaria? Si No (círcule 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_  
Nombre impreso de HCP      Firma del HCP      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.

\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor      Firma del padre/tutor      Número de teléfono      Fecha

**POR FAVOR REGRESE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una denuncia de discriminación del programa, complete la [forma de denuncia de discriminación del programa USDA](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint) (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Departamento de Agricultura, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;(2) fax:(202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.