

ESTUDIANTES

Servicios de salud. Reacciones alérgicas

Cuando el médico de un estudiante receta inyecciones contra alergias en caso de emergencia y medicamentos relacionados (epinefrina, EpiPen, EpiPen Jr.) y existe la posibilidad de que un estudiante pudiera necesitar este tratamiento durante el horario normal de la escuela o del Cuidado Infantil por Edad Escolar (SACC), se deberán implementar los siguientes procedimientos:

1. Deberá identificarse a dos miembros del personal para aprender el procedimiento. Estas dos personas deberán recibir capacitación impartida por un/a enfermero/a de la escuela en el sistema de Escuelas Públicas del Condado de Prince William (PWCS).
2. Las dos personas capacitadas deberán ser miembros regulares del personal de la escuela, lo que garantiza que por lo menos uno de los dos esté presente durante el horario escolar.
3. Cualquier miembro del personal escolar o contratista de cuidado infantil (CCC) puede, sin prejuicio, rehusarse a aceptar la responsabilidad por la administración del medicamento epinefrina al estudiante.
4. Antes de que cualquier empleado de PWCS o CCC administre el medicamento, se deberán llenar y firmar el formulario de autorización de medicamentos recetados escrito por el médico (Anexo I, Parte 2) y la solicitud del padre de familia/tutor para administración del medicamento por reacciones alérgicas (Anexo I, Partes 1-3).
5. Para que el estudiante pueda llevar consigo epinefrina recetada se requiere del consentimiento escrito de un proveedor de servicios de salud facultado con licencia y que se llene un Plan de acción en caso de alergias y que quede en el expediente en la escuela y en SACC (Anexos I, partes 1-4).
6. Se debe archivar en la escuela y en SACC una copia debidamente llena del Plan de acción en caso de alergias y de los lineamientos de procedimientos. La receta debe indicar:
 - a. Nombre del producto/medicamento a administrar.
 - b. Indicación de la dosis para inyección.
 - c. Síntomas específicos para administrar el medicamento.
7. Todos los medicamentos deberán almacenarse juntos en un área cerrada con llave y de fácil acceso. Los padres deberán hacerse responsables de garantizar que el medicamento no haya excedido la fecha de vencimiento.
8. Cualquier persona que de buena fe y sin remuneración administre medicamentos a un individuo para quien se haya recetado epinefrina no deberá asumir responsabilidad por daños civiles a causa de actos u omisiones que se deriven de la prestación de tal tratamiento, si él/ella tiene motivo para creer que el individuo que recibe la inyección está sufriendo, o está a punto de sufrir, una reacción anafiláctica que amenace su vida.

9. Un Plan de acción en caso de alergias deberá estar vigente durante un año escolar y se tendrá que renovar anualmente.

El Superintendente Asociado para el Aprendizaje y Responsabilidad de los Estudiantes (o su designado) es responsable de implementar y supervisar esta regulación.

El Superintendente Asociado para el Aprendizaje y Responsabilidad de los Estudiantes (o su designado) es responsable de revisar esta regulación en el 2015.

Referencias legales:

Códigos de Virginia, secciones 8.01-226.5.1 y 22.1-274.2

Plan de acción en caso de alergias

Estudiante:	Escuela:	Fecha de vigencia:
Fecha de nacimiento:	Grado:	Maestro:

Estimado padre de familia o tutor legal: Proporcione la información solicitada a continuación para ayudarnos a atender a su hijo en la escuela.

Parte 1: Proporciona el historial clínico y la información de contacto. A ser llenado por el padre/tutor legal:

Parte 2: Proporciona autorización del proveedor de servicios de salud para que se administre el medicamento durante una reacción alérgica. A ser llenado por el proveedor de servicios de salud.

Parte 3: Proporciona autorización del padre de familia/tutor para prestar atención. A ser llenado por el padre/tutor legal.

Parte 4: Proporciona autorización cuando un estudiante debe llevar epinefrina consigo y administrársela él mismo. A ser llenado por el proveedor de servicios de salud, padre de familia/tutor y el estudiante.

Tome en cuenta: Los Planes de acción en caso de alergias deben presentarse anualmente al inicio de cada año escolar y siempre que se hagan modificaciones a este plan.

Parte 1: A ser llenado por el padre/tutor legal

Información de contacto		
Padre de familia/tutor n.º 1		
Dirección:		
Teléfono – Casa:	Trabajo:	Celular:
Padre de familia/tutor n.º 2		
Dirección:		
Teléfono – Casa:	Trabajo:	Celular:
Otro contacto de emergencia:		
Nombre del médico:	Teléfono de oficina:	
Historial clínico		
¿A qué es alérgico/a su hijo/a?		
¿A qué edad se le diagnosticó a su hijo/a?		
¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción que amenace su vida?		
¿Cuál es la reacción alérgica típica de su hijo/a?		
¿Tiene su hijo/a asma?		
¿Conoce su hijo/a qué alimentos o agentes alérgicos evitar?		
¿Va a consumir su hijo/a el desayuno y/o almuerzo que suministra la escuela?		
¿Será usted quien suministre las comidas y meriendas de su hijo/a para la escuela?		
¿Cómo se transporta su hijo/a a la escuela?		
<input type="checkbox"/> N.º de bus _____ <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> A pie		

Plan de medicamentos/acción encaso de alergias

Parte 2: A ser llenado por el proveedor de servicios de salud

Lugar
Fotografía
del
estudiante
aquí

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ lb Asma: Sí (mayor riesgo de reacción grave) No Plan en caso de asma

Sumamente susceptible a reacción a lo siguiente: _____ POR LO TANTO:

- Si está marcado, aplique epinefrina de inmediato por cualquier síntoma, en caso de que el agente alérgico probablemente se haya ingerido o inyectado (abeja).
- Si está marcado, aplique epinefrina de inmediato por cualquier síntoma, en caso de que el agente alérgico definitivamente se haya ingerido, aun cuando no se noten síntomas.

Cualquier SÍNTOMA GRAVE después de sospecha o conocimiento de ingestión o contacto:

Uno o más de lo siguiente:

PULMONES: Respiración muy agitada, respiración sibilante, tos repetitiva

CORAZÓN: Pálido, azuloso, desfallecido, pulso débil, mareado, confundido

GARGANTA: Ronquera grave, problemas para respirar/tragar

BOCA: Hinchazón obstructiva (lengua o labios)

PIEL: Mucha urticaria en el cuerpo

O combinación de síntomas de diferentes áreas del cuerpo:

PIEL: Urticaria, erupciones cutáneas con comezón, hinchazón (por ejemplo, en los ojos o labios)

REGIÓN ABDOMINAL: Vómitos, calambres



- INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO (vea el reverso para enterarse de la técnica de inyección automática)
- Llame al 911
- Inicie monitorización (vea el cuadro más adelante)
- Administre los medicamentos según se ordena más adelante:
-Antihistamínico
-Inhalador, en caso de asma

SOLO SÍNTOMAS LEVES:

BOCA: comezón en la boca

PIEL: algo de urticaria alrededor de la boca/del rostro, comezón leve

REGIÓN ABDOMINAL: Náuseas/molestias suaves



-ADMINISTRE ANTIHISTAMÍNICO
-Quédese con el estudiante, alerte al padre de familia
-Si avanzan los síntomas (vea arriba), USE EPINEFRINA
-Inicie monitorización (vea el cuadro más adelante)

Medicamentos/dosis

Epinefrina (marca y dosis) _____

Antihistamínico (marca y dosis) _____

Otro (es decir, inhalador-broncodilatador, si se es asmático) _____

Monitorización: Quédese con el estudiante. Alerta al padre de familia. Indique al escuadrón de rescate que se administró epinefrina. Anote la hora en que se administró la epinefrina. Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina cinco minutos o más después de la primera, en caso persistan o recurran los síntomas. Considere mantener al estudiante acostado con las piernas elevadas.

Autorización para administrar el medicamento anterior: _____

Firma del padre de familia

Fecha

Firma del médico/proveedor de servicios de salud

Fecha

Nombre en letra de molde del médico/proveedor de servicios de salud

Teléfono

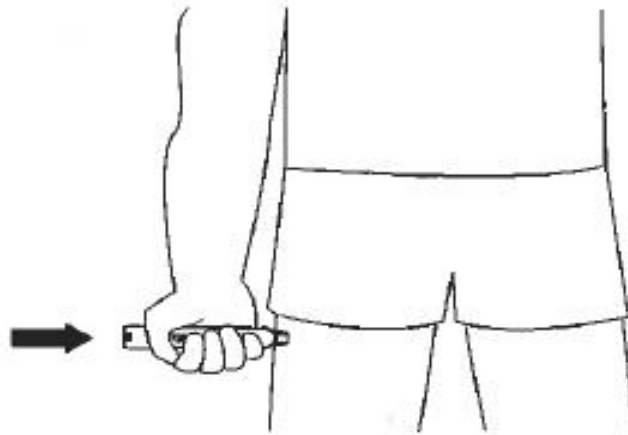
Instrucciones para el Inyector automático EPIPEN y

automático EPIPEN y

- Primero, retire el Inyector automático EPIPEN del estuche plástico para transportarlo.
- Tire de la tapa de liberación de seguridad de color azul.



- Sostenga la punta anaranjada en la parte exterior del muslo (siempre aplíquelo en el muslo).



- Gire y oprima firmemente la punta anaranjada contra la parte exterior del muslo. Sostenga el muslo durante aproximadamente 10 segundos. Retire el Inyector automático EPIPEN y aplique masaje al área durante 10 segundos más.

EPIPEN 2-PAK® EPIPEN Jr 2-PAK®
(Epinephrine) Auto-Injectors 0.3/0.15mg

DEY® and the Dey logo, EpiPen®, EpiPen 2-Pak®, and EpiPen Jr 2-Pak® are registered trademarks of Dey Pharma, L.P.

Cortesía de FAAN, 2012

Parte 3: A ser llenado por el padre/tutor legal

**SOLICITUD DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR PARA ADMINISTRACIÓN
DE MEDICAMENTOS PARA REACCIONES ALÉRGICAS**

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Yo/nosotros, _____ doy/damos permiso al/a la enfermero/a de la escuela, al personal capacitado de la escuela que se haya designado y al proveedor contratado de cuidado infantil, quienes han recibido la capacitación apropiada, a que realice y lleve a cabo la atención según se detalla en este Plan de acción en caso de alergias. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que debo suministrar todos los insumos necesarios para el tratamiento de alergia grave de mi hijo/a en la escuela. Yo/nosotros otorgo/otorgamos mi/nuestro consentimiento a la divulgación de información contenida en el Plan de acción en caso de alergias a miembros del personal y a otros adultos que tengan el cuidado en custodia de mi hijo/a y que pueden necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo/a. También autorizo al/a la enfermero/a de la escuela a comunicarse con el proveedor de servicios de salud según lo permita la ley HIPAA. Yo/nosotros por este medio descargo/descargamos a los empleados de PWCS y a sus contratistas de cuidado infantil de cualesquiera y todas las responsabilidades estipuladas por ley por daños en los que nosotros o nuestro hijo podamos incurrir debido a esta solicitud.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Personal de la escuela designado que se ha capacitado en el Plan de acción en caso de alergias del estudiante anteriormente nombrado

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

Firma de/de la enfermero/a de la escuela

Fecha

Parte 4: (Opcional) Permiso para llevar consigo y/o autoadministrarse

PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO Y SE AUTOADMINISTRE EPINEFRINA

Nombre del estudiante: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Yo, como Proveedor de servicios de salud, certifico que este menor cuenta con un historial clínico de reacción alérgica grave y ha recibido capacitación en el uso de medicamentos recetados, además de que en mi opinión, es capaz de llevar y autoadministrarse epinefrina. Deberá notificarse al/a la enfermero/a o personal designado de la escuela en cualquier momento en que se utilice el medicamento/inyector. El menor comprende los peligros de compartir medicamento con otras personas y ha aceptado abstenerse de esta práctica.

- Llevar consigo
- Autoadministrarse

Firma del proveedor de servicios de salud Nombre en letra de molde del proveedor de servicios de salud Fecha

De acuerdo con el Código de Virginia, sección 22.1-274, acepto lo siguiente:

No haré responsable ni a la Junta Escolar como tampoco a sus empleados de cualquier resultado negativo que se origine de la autoadministración que se realice el estudiante del medicamento de emergencia mencionado.

Comprendo que la escuela puede retirar el permiso para tener en posesión y autoadministrar el medicamento de emergencia mencionado en cualquier momento durante el año escolar, si se determina que el estudiante ha abusado del privilegio de tenerlo en posesión y autoadministrárselo o que el estudiante no se esté autoadministrando el medicamento de forma segura y eficaz.

Firma del padre de familia/tutor Fecha

Firma del estudiante Fecha

Firma del director/designado Fecha

