

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DE ALERGIA ALIMENTARIA DE ILLINOIS Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento
 ____/____/____

Maestro: _____ Grado: _____

ALERGIA A: _____

Asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) Sin peso: _____ lbs

ANY SEVERE SYMPTOMS AFTER SUSPECTED INGESTION:

LUNG: Short of breath, wheeze, repetitive cough
 HEART: Pale, blue, faint, weak pulse, dizzy, confused
 THROAT: Tight, hoarse, trouble breathing/swallowing
 MOUTH: Obstructive swelling (tongue)
 SKIN: Many hives over body
 Or Combination of symptoms from different body areas:
 SKIN: Hives, itchy rashes, swelling
 GUT: Vomiting, crampy pain

INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY

- Call 911
- Begin monitoring (see below)
- Additional medications:
 - Antihistamine
 - Inhaler (bronchodilator) if asthma

When in doubt, use epinephrine. Symptoms can rapidly become more severe.

MILD SYMPTOMS ONLY

Mouth: Itchy mouth
 Skin: A few hives around mouth/face, mild itch
 Gut: Mild nausea/discomfort

GIVE ANTIHISTAMINE

- Stay with child, alert health care professionals and parent.
- IF SYMPTOMS PROGRESS (see above), INJECT EPINEPHRINE**

- If checked, give epinephrine for ANY symptoms if the allergen was likely eaten.
- If checked, give epinephrine before symptoms if the allergen was definitely eaten.

Me

MONITORING: Stay with the child. Tell rescue squad epinephrine was given. A second dose of epinephrine can be given a few minutes or more after the first if symptoms persist or recur. For a severe reaction, consider keeping child lying on back with legs raised. Treat child even if parents cannot be reached.

Padre/tutor: _____ Tel: (____) _____

Nombre/Relación: _____ Tel: (____) _____

Nombre/Relación: _____ Tel: (____) _____

Firma del proveedor de atención médica con licencia

Teléfono

Fecha

Por la presente, autorizo al cuerpo docente, al personal, a la administración, a la junta directiva y a los funcionarios de The Bancroft School a tomar cualquier medida que, a su juicio, sea necesaria para brindar servicios médicos de emergencia de acuerdo con este plan, incluida la administración de medicamentos a mi niño. Entiendo que la Ley de Inmunidad por Agravio de Empleados Gubernamentales y del Gobierno Local protege a los miembros del personal de la responsabilidad que surja de acciones consistentes con este plan. También autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a divulgar la información de salud protegida de mi hijo

a chaperones y otros voluntarios que no sean empleados en la escuela o en eventos escolares y excursiones en la medida necesaria para la protección, prevención de una reacción alérgica o emergencia. tratamiento de mi hijo y para la implementación de este plan.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____