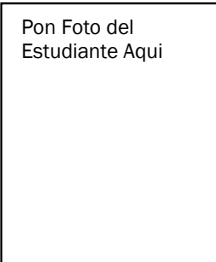


**Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
Plan de Acción de Alergias/Orden de Médico**



Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 ID # del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Padre/Guardian: _____ Celular: _____ Año Escolar: _____

To be completed by a Licensed Healthcare Provider (Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner)

Allergy to: _____ Student has had anaphylaxis. Yes No
 Student has asthma. Yes No (If yes, higher chance severe reaction) Student may carry epinephrine. Yes No
 Student may give him/herself epinephrine. Yes No (If student refuses/is unable to self-treat, an adult must give epinephrine)

IMPORTANT REMINDER: Anaphylaxis is a potentially life-threatening, severe allergic reaction. If in doubt, give epinephrine.

For Severe Allergy and Anaphylaxis
What to look for:
 If student has **ANY** of these severe symptoms after eating the food or having a sting, **give epinephrine:**

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Skin color is pale or has a bluish color
- Weak pulse
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Swelling of lips or tongue that bother breathing
- Vomiting/diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Many hives or redness over body
- Feeling of "doom," confusion, altered consciousness, or agitation



Give Epinephrine!
What to do:

1. **Inject epinephrine right away!** Note time given.
2. **CALL 911.**
 - Tell EMS when epinephrine was given.
3. Stay with student and:
 - Call school health office
 - Keep student lying down or seated with legs elevated.**Do NOT move student.**
 - Give a **second dose** of epinephrine, if symptoms get worse or do not get better in 5 minutes.
4. Give other medicine, if prescribed. Do NOT use other medicine in place of epinephrine.
 - Antihistamine
 - Inhaler (bronchodilator)
5. Call parents.

SPECIAL SITUATION: If this box is checked, student has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____ Even if the student has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **GIVE EPINEPHRINE.**

For Mild Allergic Reaction
What to look for:
 If student has had any mild symptoms, **monitor student.**
 Symptoms may include:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives
- Mild stomach discomfort and/or nausea



Monitor Student
What to do:

1. Stay with the student & contact school health office.
2. Give antihistamine (if prescribed).
3. Call parents.
4. If more than one symptom or symptoms of severe allergy develop, use epinephrine. (See above)

Medicines/Doses:
 1. **Epinephrine Auto-Injector:** 0.15mg IM (student weighs <66 lbs) 0.30mg IM (student weighs >66 lbs)
 2. **Antihistamine, by mouth (type & dose):** _____ (Student may NOT carry antihistamine)

Healthcare Provider's Name (Print/stamp): _____
Healthcare Provider's Signature: _____ **Date:** _____
National Provider Identifier (NPI): _____ **Phone:** _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____
 Mi firma da permiso para el diseñado del director a seguir este plan, administrar medicamento de receta, y comunicarse con el médico si necesario. Yo también acuerdo de recoger algún medicamento no usado al fin del año escolar. Yo entiendo que medicamento no recogido por un padre/guardian al fin del año escolar será tirado.
 Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Epinephrine Auto-Injectors Received: 1 2 3 4
 Epinephrine Expiration Date: _____ Antihistamine in Health Office: Yes No _____
 Antihistamine Expiration Date: _____
 Health Office Staff Signature: _____ Date: _____

***Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
Epinephrine Procedural Information and Parental Consent***

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ID # del Estudiante: _____

Año Escolar: _____

Grado: _____

- Por favor notifique al maestro/patrocinador sobre la alergia de su hijo cuando su hijo se quede par cualquier actividad extracurricular patrocinada por la escuela.
- La oficina de salud está cerrada después de la hora de salida y la enfermera escolar/especialista de la clínica de salud no está en el edificio. Se recomienda encarecidamente que los estudiantes de secundaria y preparatoria lleven su propio autoinyector para acceder rápidamente a la epinefrina.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Acuerdo de Padre/Estudiante para Obtener Permiso para Autoadministrarse y/o Llevar Epinefrina

PADRE:

- Doy mi consentimiento para que mi hijo se autoadministre y/o lleve consigo su auto inyector de epinefrina.
- Entiendo que la junta escolar o sus empleados no pueden ser considerados responsables de los resultados negativos que resulten de la autoadministración de epinefrina.
- Este permiso para autoadministrarse y/o poseer epinefrina puede ser revocado por el director si se determina que su hijo no se autoadministra el medicamento de manera segura y efectiva.
- Cada año escolar se debe presentar una nueva orden médica/plan de atención para alergias graves y un acuerdo entre padres y estudiantes para obtener permiso para llevar epinefrina.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

STUDENT/ESTUDIANTE:

- If I am to self-administer, I have demonstrated the correct use of an auto-injector of epinephrine to the school nurse/health clinic specialist.
- I agree never to share my epinephrine, with another person or use it in an unsafe manner.
- I agree that if I inject epinephrine, I will immediately report to the school nurse/health clinic specialist or another appropriate adult if the nurse/health clinic specialist is not available so that EMS is called.
- Si debo autoadministrarme, he demostrado el uso correcto de un auto inyector de epinefrina a la enfermera escolar/especialista de la clínica de salud.
- Acepto nunca compartir mi epinefrina con otra persona ni usarla de manera insegura.
- Acepto que, si me inyecto epinefrina, informaré inmediatamente a la enfermera escolar/especialista de la clínica de salud u otro adulto apropiado si la enfermera/especialista de la clínica de salud no está disponible para que se llame a EMS.

Student's Signature/Firma del Estudiante

Date/Fecha

*Autorización de las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
para la Administración de Medicamentos
Información para los Padres sobre los Procedimientos de Medicamentos*

1. **Los medicamentos deben tomarse en casa** siempre que fuere posible para que el estudiante no pierda tiempo valioso en el salón de clases.
2. **La primera dosis de cualquier medicamento NUEVO debe administrarse en casa.**
3. Si es absolutamente necesario que el estudiante tome medicamentos en la escuela, se debe recibir **un formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos"** para cada medicamento y debe entregarse al personal de la Oficina de Salud con el medicamento que se administrará en la escuela. Use el formulario apropiado para los medicamentos para el asma, las alergias, las convulsiones y la diabetes. No se aceptarán medicamentos sin el formulario correspondiente.
4. **Los padres deben proporcionar instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para que el personal de LCPS administre los medicamentos recetados.** Se prefiere el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos", pero el proveedor de atención médica puede usar material de oficina o un talonario de recetas con la siguiente información:
 - Nombre del estudiante y fecha de nacimiento
 - Duración de la orden de medicación/fechas de vigencia
 - Nombre y propósito del medicamento
 - Posibles efectos secundarios/medidas a tomar si ocurren
 - Dosis, hora y vía de administración
 - Firma/fecha/número de NPI del proveedor de atención médica
5. **Los medicamentos deben ser llevados a la Oficina de Salud por un padre/tutor** (política LCPS 8420) según el Código de Virginia 22.1-274. Los estudiantes con diabetes, asma o alergias que amenazan la vida pueden llevar consigo los siguientes medicamentos (insulina, glucagón, inhaladores, autoinyectores de epinefrina) durante el día escolar con el consentimiento por escrito del médico, la enfermera escolar y el padre/tutor, como se indica en el formulario. "Orden del médico/plan de acción". De lo contrario, a los estudiantes no se les permite transportar medicamentos hacia y desde la escuela ni llevar ningún medicamento mientras están en la escuela.
6. **Envases de medicamentos:**
 - ❖ Medicamentos recetados: deben estar en el frasco original de la farmacia con la etiqueta adecuada que contenga:
 - Nombre del alumno
 - Dosis/cantidad a administrar
 - Nombre del medicamento
 - Nombre del proveedor de atención médica
 - Hora a dar
 - Fecha
 - ❖ Medicamentos de venta libre (OTC-del mostrador) - deben estar en el empaque original e incluir instrucciones de dosificación.
7. La información de la receta en la etiqueta del frasco debe coincidir con la información del proveedor de atención médica en el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos". **Pídale a la farmacia que le proporcione una botella debidamente etiquetada para la escuela.**
8. El personal no cortará ni romperá las pastillas. Los padres/tutores deben cortar/romper las pastillas o solicitar a la farmacia que corte las pastillas en la dosis correcta.
9. El medicamento debe administrarse en su forma original, a menos que las instrucciones escritas del proveedor de atención médica indiquen lo contrario. Por ejemplo, abra la cápsula o triture la píldora y mézclela con compota de manzana/yogur, etc.
10. Los medicamentos se administrarán no más de 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
11. Los medicamentos sin receta solo se administrarán de acuerdo con las instrucciones del frasco o la caja. Si se requiere una dosis mayor, el proveedor de atención médica debe completar y firmar el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos".
12. Los medicamentos deben almacenarse y administrarse en la oficina de salud a menos que se cumplan los criterios para autotransporte.
13. Se requiere un nuevo formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos" al comienzo del año escolar y cada vez que haya un cambio en la dosis o el horario en que se debe tomar un medicamento.
14. Los padres/tutores no deben traer un suministro de medicamentos recetados para más de 60 días a la vez.
15. **Cualquier medicamento alternativo** a base de hierbas o natural (productos botánicos, aceites, suplementos dietéticos o nutricionales, medicamentos homeopáticos, fitomedicamentos, vitaminas y minerales) requiere un formulario de "Autorización para la administración de medicamentos" firmado por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. Esta autorización no permite la posesión o el uso de marihuana o aceite de CBD o THC-A no regulado.
16. **El padre/tutor DEBE recoger el medicamento no utilizado el último día de clases o será destruido.**