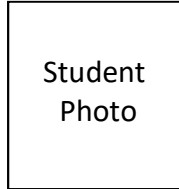




Grade: _____ Student ID: _____

School Allergy Plan



Student _____ Date of birth _____ Weight _____

Student has allergy to _____

History of anaphylaxis No Yes

History of asthma No Yes (increased risk for severe reaction)

Self-Administration: Texas law permits students to carry and use prescription epinephrine auto-injector and inhaler at school. Recommend backup medication in the school health clinic in case the student forgets/loses their medication.

- This student has been instructed in the proper use of his/her emergency medication, and both the provider and the parent feel the student may carry give him/herself their epinephrine auto-injector inhaler
- Student needs supervision or assistance, and should **NOT** carry his/her emergency medication at school.

SEVERE Allergy and Anaphylaxis Symptoms
 LUNGS: short of breath, wheeze, cough
 HEART: Pale, blue, weak pulse, dizzy, passing out
 THROAT: itching, tightness/closure, hoarseness
 MOUTH: Itching, swelling of lips and/or tongue
 SKIN: Many hives over body, widespread redness
 GUT: Vomiting, diarrhea, cramps
 OTHER: anxiety, confusion, agitation, feeling of "doom"/something bad is about to happen
 NOTE: If this box checked, student has extremely severe allergy to insect sting or the following foods _____.
Give epinephrine even if only MILD symptoms.

MILD Allergic Reaction Symptoms may include:
 Itchy nose, sneezing, itchy mouth
 A few hives
 Mild nausea or mild stomach discomfort

Give epinephrine! Call 911

- Note time epinephrine injected.
- Keep student lying on back. If vomiting or having trouble breathing, roll onto side.
- Repeat epinephrine in 5 minutes if symptoms persist/worsen
- Give additional medications
 - antihistamine
 - Inhaler/bronchodilator

*DO NOT use other medicine in place of epinephrine

Stay with student; monitor closely

- Give antihistamine (if prescribed)
- Call parent/school nurse
- If severe symptoms develop **USE EPINEPHRINE**

MEDICATION/DOSES

*use 0.15 if 0.10 is not available

Epinephrine, intramuscular (list type): _____ Dose: 0.15mg 0.3mg 0.1mg*

Antihistamine, by mouth (type and dose/frequency) _____

Inhaler/bronchodilator (type and dose/frequency) _____

(Physician/Provider Signature) (Print Name) (Date) (Phone)

Parent/Guardian

How does your child get home? Parent pick-up Daycare pick-up Walk Drives Bus ROCK

Elementary students: Yes No I would like for my child to sit in a Nut/Allergen-Aware Zone in the cafeteria.

I request and authorize Rockwall ISD to implement this health plan. I understand that any qualified employee may be designated to administer medication. I understand it is my responsibility to provide my child's prescribed medication, and assure he/she has their medication at school and school activities if they are permitted to carry it. I authorize the school nurse and prescribing healthcare provider to confidentially discuss or clarify this health plan and the student's response to the medication as required by law.

(Parent/Guardian Signature) (Print Name) (Date) (Phone)



Grade: _____ Student ID: _____

Foto del estudiante

El plan de alergia escolar

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Student has allergy to: _____ Peso _____

Historial of anafilaxia No SíHistorial de asma No Sí (aumenta el riesgo de que haya una reacción grave)**Auto-Inyectarse** La ley de Texas les permite a los estudiantes portar y usar auto-inyectadores de epinefrina e inhaladores con receta médica en la escuela (Se recomienda tener medicamentos de repuesto en la escuela en caso de que se le olvide al estudiante o pierda su medicamento.) Se le ha enseñado a este estudiante el uso apropiado de su medicamento de emergencia, y tanto el proveedor como el padre de familia piensan que el estudiante puede portar y suministrarse él mismo su auto-inyectador de epinefrina inhalador en la escuela. El estudiante necesita supervisión o ayuda, y **NO** debe portar su medicamento de emergencia en la escuela.

Cualquier SÍNTOMA GRAVE o más de un SÍNTOMA LEVE:
PULMONES: dificultad al respirar, sibilancia, tos
CORAZÓN: Pálido, se pone morado, pulso débil, mareado, desmayos
GARGANTA: picazón, opresión/cierre, ronquera
BOCA: Picazón, hinchazón de labios y/o de la lengua
PIEL: Urticaria abundante por todo el cuerpo, enrojecimiento en un área extendida
ESTÓMAGO: Vómito, diarrea, cólicos
Otro: ansiedad, confusión, sensación de temor/de que algo malo sucederá

 si lo marcó, el estudiante le tiene alergia grave a _____ Administre epinefrina para los síntomas LEVES.

Síntomas de una reacción alérgica LEVE podría incluir:
 Picazón en la nariz, estornudar, picazón en la boca
 Unas cuantas ronchas
 Náuseas leves o malestar estomacal leve

INYECTAR EPINEFRINA Llamar al 911

- Apunte la hora en que se le inyectó la epinefrina.
- Colocar en posición supina o sentado en posición vertical y supervisar de cerca
- Repetir Epinefrina en 5 minutos si los síntomas persisten /empeoran
- Darle las medicinas adicionales
 ---Antihistamínico
 ---Inhalador (broncodilatador)
- *NO USE otra medicina en lugar de la epinefrina.

Quédese con el estudiante; supervíselo de cerca

- Si los síntomas no progresan suministre antihistamínico
- Llamar al padre de familia/a la enfermera de la escuela
- Si se desarrollan síntomas graves USE LA EPINEFRINA

MEDICINA/DOSIS

*use 0.15 if 0.10 is not available

Epinefrina, intramuscular (escriba el tipo) _____ Dosis: 0.3mg 0.15mg 0.1mg*

Antihistamínico, oral (marca/medicina, dosis/frecuencia) _____

Inhalador/broncodilatador: (marca/medicina, dosis/frecuencia) _____

(Physician/Provider Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)

Padre de familia/Representante legal¿Cómo llega a la casa su niño? Lo recogerá el padre de familia La guardería lo recogerá Caminará Maneja Autobús ROCK**Estudiantes de primaria:** Sí No Deseo que mi niño se siente en La zona del conocimiento de los alérgenos del maní/nueces en el comedor.

Solicito y autorizo al Distrito Escolar Independiente de Rockwall a implementar este plan de salud. Entiendo que cualquier empleado calificado puede ser designado para suministrar medicamentos. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionarle los medicamentos recetados a mi hijo y asegurarme de que los tenga en la escuela y en las actividades escolares si se le permite llevarlos consigo. Autorizo a la enfermera de la escuela y al proveedor de atención médica que receta a discutir o aclarar de manera confidencial este plan de salud y la respuesta del estudiante al medicamento según lo exige la ley.

Firma del padre de familia/Representante legal: _____ Teléfono: _____ Fecha _____