

Saugus Union School District Allergy Emergency Action Plan

Student's Name: _____ Date of Birth: _____
School: _____ Grade/Teacher: _____
Allergy: _____

Ingestion of _____ residue from _____ inhalation of _____
Reaction(s) previously noted: _____

Student has required: Epinephrine for previous allergic reaction yes no
Antihistamine for previous allergic reaction yes no

Asthma diagnosis: yes* no *Denotes higher risk for severe anaphylactic reaction. Meds at school for asthma

PHYSICIAN'S ORDERS AND ALLERGY/ANAPHYLAXIS ACTION PLAN

Signs/Symptoms of a Mild Allergic Reaction: GIVE ANTIHISTAMINE.

- Red, watery eyes, sneezing, runny nose
- Rash, hives, redness or swelling in localized area, itching
- Itchy/tingling mouth, throat or tongue WITH NO OTHER SYMPTOMS

Antihistamine: _____ For: _____
(Medication name / dosage amount / route / frequency) (Indication)

Side Effects: _____

If antihistamine is given for allergen exposure, parent must be called to pick student up from school.

Signs/Symptoms of a Severe Allergic Reaction/Anaphylaxis: GIVE EPINEPHRINE.

- Difficulty breathing, wheezing, repetitive or hacking cough
- Tightness in the throat, hoarseness, difficulty swallowing or drooling
- Swelling of the face, neck or tongue
- Confusion, weakness, dizziness, fainting or loss of consciousness (in association with above symptoms or with known exposure)
- Vomiting (in association with above symptoms or with known exposure)

The severity of symptoms can quickly change. All of the above symptoms can potentially progress to a life-threatening situation.

Epinephrine auto injector*: Inject into lateral thigh muscle.

* Unlicensed school personnel may only give Epinephrine by auto injector, per Ed Code 49423

Epinephrine 0.15 mg via auto injector

Epinephrine 0.3 mg via auto injector

For: _____ Side Effects: _____
(Indication)

1. Staff will immediately call 911, parent/guardian, District Nurse, when Epinephrine is given.
2. If allergy is to insect sting, remove the stinger as soon as possible with the bee sting remover card and apply ice pack to sting area.
3. Epinephrine medication must go on all field trips; carried by parent or medication-trained staff member.

Physician Printed Name: _____

Physician's Signature: _____

Physician Phone: _____

Date: _____

NPI# _____

↑ Physician's office stamp ↑

PARENTAL CONSENTS

Medication(s) prescribed is/are for current school year only.

I (parent) authorize personnel of the Saugus Union School District to assist my child with physician-prescribed medications to conform to California Ed. Code Section 49423. I authorize school staff to contact student's physician for clarification of orders. I authorize SUSD to share this allergy information with the food services vendor.

- My child attends SUSD childcare. Please give them a copy of this form.
- Transportation

Seating Preference: Any change needs to be made in writing through the Health Office.

- I prefer that my child is seated away from those students having his/her food allergen:
- I have no preference as to where my child is seated while eating and assume liability.

- 1 student buffer at end of table
- Separate table (if available)

Parent Printed Name: _____ Parent Signature: _____

Parent Phone: _____ Date: _____ Rev 1/17 kjp

Distrito Escolar de Saugus Union-Alergia Emergencia Plan de Acción

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado/Maestra: _____
Alergia: _____
 Ingestión de _____ residuo de _____ inhalación de _____
Reacción (s) previamente observada: _____

El estudiante ha requerido Epinefrina para previas reacciones alérgicas sí no
Antihistamínico para previas reacciones alérgicas sí no
Diagnos de Asma: sí* no *Significa riesgo más elevado de una grave reacción anafilaxis. Medicamento en la escuela para asma

INSTRUCCIONES DEL MÉDICO Y PLAN DE ACCIÓN ALÉRGICO/ANAFILAXIS

Señales/Síntomas de Leve Reacción Alérgica: ADMINISTRAR ANTIHISTAMÍNICO.

- Ojos llorosos y rojizos, estornudes, secreción nasal (nariz escurriendo)
- Salpullido, urticaria, hinchazón o rojez en el área específico, comezón
- Picor u hormigueo de boca, garganta o lengua **SIN NINGÚN OTRA SÍNTOMA**

Antihistamínico: _____ Para: _____
(Nombre de Medicamento / dosis / por medio de / frecuencia) (Indicación)

Efectos Secundarios: _____

Si el antihistamínico se administra por el efecto a alérgenos, los padres tendrán que recoger su estudiante de la escuela.

Señales/Síntomas de Grave Reacción Alérgica/Anaphylaxis: ADMINISTRAR EPINEFRINA.

- Dificultad respiratorio, respiración jadeante, tos repetitiva o asfijante
- Rigidez de garganta, ronquedad, dificultad para deglutir o babeo
- Inflamación de cara, cuello o lengua
- Confusión, debilidad, mareo, desmayo o inconsciencia (asociado con los susodichos síntomas o con el conocido evento)
- Vómitos (asociado con los susodichos síntomas o con el conocido evento)

La gravedad de síntomas puede cambiar rápidamente. Todos los susodichos síntomas pueden potencialmente escalar a una situación de riesgo a la vida.

Epinefrina inyector automático*: Inyectar al músculo del muslo lateral.

* Miembros del personal escolar no acreditados sólo pueden administrar Epinefrina **por Inyector automático**, en conformidad al Código de Educación 49423

Epinefrina 0.15mg vía inyector automático Epinefrina 0.3mg vía inyector automático

Para: _____ Efectos Secundario: _____
(Indicación)

1. **Inmediatamente, miembros del personal se comunicarán con emergencia 911 cuando tratamiento es Epinefrina y se comunicarán con los padres/tutor inmediatamente.**
2. **Si la alergia es por piquete de insecto, saquen el aguijón lo antes posible con la tarjeta extractor de picadura de abeja y apliquen hielo a la área afectada.**
3. **El medicamento Epinefrina tiene que acompañar el estudiante a todos paseos; portado por los padres o por un miembro del personal ya capacitado con procedimientos de medicamentos.**

Nombre del Médico en Letra Molde: _____

Firma de Médico: _____

Número Telefónico del Médico: _____

Fecha: _____

NPI# _____

↑ Sello de oficina del Médico ↑

CONSENTIMIENTO DE PADRES

Medicamento(s) recetado sólo es para el año escolar actual.

Yo (padre) autorizo que el personal del Distrito Escolar de Saugus Union ayude a mi niño con medicamentos recetados en conformidad al Código de Educación Estatal, Artículo 49423. Autorizo que el personal escolar se comunique con el médico del estudiante para aclaración de las instrucciones. Autorizo que SUSD comparta esta información de alergias con el proveedor de servicios de comida.

- Mi niño asiste al cuidado de niños en SUSD. Por favor de proporcionarles copia de este formulario.
- Transportación

Preferencia de asiento: Cualquier cambio se tiene que realizar por escrito a través de la oficina de enfermería.

- prefiero que mi niño se siente alejado de estudiantes con comidas alérgicas
- no tengo preferencia dónde se siente mi niño mientras coma y me hago responsable por el hecho.

- 1 estudiante entre mi niño al final de la mesa
- una mesa separada (si está disponible)

Nombre de Padres en Letra Molde: _____ Firma: _____

Número Telefónico de Padres: _____ Fecha: _____ Rev 1/17 kjp