

DURATION/  
END DATE:

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

Allergy to: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_ lbs. Asthma:  Yes (higher risk for a severe reaction)  No

SCHOOL YEAR

**NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.**

**Extremely reactive to the following allergens:** \_\_\_\_\_

THEREFORE:

- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for ANY symptoms.
- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:

## SEVERE SYMPTOMS



### LUNG

Shortness of breath, wheezing, repetitive cough



### HEART

Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness



### THROAT

Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing



### MOUTH

Significant swelling of the tongue or lips



### SKIN

Many hives over body, widespread redness



### GUT

Repetitive vomiting, severe diarrhea



### OTHER

Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A  
COMBINATION  
of symptoms  
from different  
body areas.

### 1. INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.

- Call 911. Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
- Consider giving additional medications following epinephrine:
  - » Antihistamine
  - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
- Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
- If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
- Alert emergency contacts.
- Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

## MILD SYMPTOMS



### NOSE

Itchy or runny nose, sneezing



### MOUTH

Itchy mouth



### SKIN

A few hives, mild itch



### GUT

Mild nausea or discomfort

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

- Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
- Stay with the person; alert emergency contacts.
- Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

## MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: \_\_\_\_\_

Epinephrine Dose:  0.1 mg IM  0.15 mg IM  0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: \_\_\_\_\_

Antihistamine Dose: \_\_\_\_\_

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE

PHYSICIAN/HCP SIGNATURE

DATE

**COLOQUE  
UNA  
FOTOGRAFÍA  
AQUÍ**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kilos. Asma:  **SÍ (Riesgo más alto de reacción grave)**  **No**

**NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.**








**Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos:** \_\_\_\_\_

**POR LO TANTO:**

Si esta opción está marcada y es **PROBABLE** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante **CUALQUIERA** de estos síntomas.

Si esta opción está marcada y es **SEGURO** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.





**ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES**

 <b>PULMÓN</b> Falta de aire, sibilancia, mucha tos	 <b>CORAZÓN</b> Tez azulada o pálida, desmayo, pulso débil, mareo	 <b>GARGANTA</b> Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar	 <b>BOCA</b> Hinchazón significativa de la lengua o los labios
 <b>PIEL</b> Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado	 <b>INTESTINOS</b> Vómitos reiterados, diarrea grave	 <b>OTRO</b> Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	<b>O UNA COMBINACIÓN</b> de los síntomas de las distintas áreas

↓      ↓      ↓

- INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
- Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
  - Antihistamínico
  - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

**SÍNTOMAS LEVES**

 <b>NARIZ</b> Picazón o moqueo nasal, estornudos	 <b>BOCA</b> Picazón bucal	 <b>PIEL</b> Algunas ronchas, picazón leve	 <b>INTESTINO</b> Náuseas leves o malestar
--	---	---	---

---

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.**

---

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

- Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

**MEDICAMENTOS/DOSIS**

Marca de epinefrina o fármaco genérico: \_\_\_\_\_

Dosis de epinefrina:  0,1 mg IM     0,15 mg IM     0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: \_\_\_\_\_

Dosis de antihistamínico: \_\_\_\_\_

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT**  
**PERMISO DE PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**  
**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR**

Yo, \_\_\_\_\_ (padre / madre / tutor), por la presente autorizo a la ENFERMERA DE LA ESCUELA y a cualquier DELEGADO DE EPINEPHRINE ENTRENADO a administrar los medicamentos mencionados anteriormente a \_\_\_\_\_ (nombre del alumno) de acuerdo con la Política del Distrito.

Al firmar este formulario, reconozco y acepto:

- 1) Que he recibido y revisado las Políticas 5330 y 5331, así como las Regulaciones 5330 y 5331
- 2) Que se me informó por escrito que el Distrito Escolar del Municipio de Stafford no incurrirá en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración de este medicamento a mi hijo.
- 3) Que indemnizaré y no haré daño al Distrito ni a sus empleados o agentes contra cualquier lesión o reclamo que pueda surgir como resultado de la administración de este medicamento.
- 4) Que soy consciente de que si deseo retirar el permiso para que cualquier persona designada administre medicamentos, debo hacerlo por escrito.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE / TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

*Una vez completado, haga arreglos con la enfermera de la escuela para dejar este formulario y los medicamentos de su hijo. La enfermera de la escuela deberá revisar este formulario y enviarlo al Director para que lo complete. Tenga en cuenta que los estudiantes no pueden llevar medicamentos a la escuela para el parto.*

**AUTORIZACIÓN - PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL DISTRITO**

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL NURSE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.*

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT  
PARENT PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL**

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN**

I, \_\_\_\_\_ (parent/guardian), hereby give permission to the SCHOOL NURSE and any TRAINED EPINEPHRINE DELEGATE to administer the above medication(s) to \_\_\_\_\_ (pupil's name) in accordance with District Policy.

By signing this form, I acknowledge and agree:

- 1) That I have received and reviewed Policy 5330 & 5331 as well as Regulation 5330 & 5331;
- 2) That I have been informed in writing that the Stafford Township School District shall incur no liability as a result of any injury arising from the administration of this medication to my child.
- 3) That I shall indemnify and hold harmless the District and its employees or agents against any injury or claims that may arise as a result of the administration of this medication.
- 4) That I am aware that if I desire to withdraw permission for any designee to administer medication, I must do so in writing.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, please make arrangements with the school nurse to drop off this form and your child's medication(s). The school nurse shall then review this form and forward to the Principal for completion. Please be advised that students cannot self-carry medication into school for delivery.*

**AUTHORIZATION - TO BE COMPLETED BY DISTRICT PERSONNEL**

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL NURSE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.*