


Distrito Escolar Independiente de Seguin
SERVICIOS DE SALUD
Autoadministración de Epi-Pen
Plan de tratamiento

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ IDENTIFICACION: _____

Fecha: _____ Profesor: _____ Escuela: _____ Grado: _____

El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido por su médico en el uso adecuado del Epi-Pen recetado. Se le permitirá al estudiante mantener este medicamento en su posesión, ya que el padre y el médico lo consideran responsable. El estudiante ha sido instruido y comprende el propósito y el método apropiado y la frecuencia del uso del Epi-Pen.

LOS SIGNOS/SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN:
BOCA : Comezón e hinchazón de los labios, la lengua o la boca

GARGANTA : Comezón y/o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca **PIEL :**

 Urticaria, sarpullido con comezón y/o hinchazón alrededor de la cara o las extremidades **GI**

: Náuseas, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea

PULMÓN : Dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias **CORAZÓN :**

Pulso "filoso", "desmayo", signos de shock

PARA SER COMPLETADO SOLO POR UN MÉDICO

He instruido al estudiante arriba mencionado en la forma correcta de usar su medicamento. Es mi opinión profesional que se le debe permitir llevar y autoadministrarse su medicamento mientras se encuentra en la propiedad escolar o en actividades/eventos relacionados.

Medicamento(s) y propósito: _____

Dosis prescrita de medicamento: _____

Hora en que frecuencia de circunstancias bajo las cuales el medicamento puede ser autoadministrado: _____

Instrucciones/comentarios especiales: _____

 Firma del médico

Nombre impreso del médico

Fecha

EMS QUE SE ACTIVARÁ CUANDO SE ADMINISTRA

ACUERDO DE LOS

PADRES : Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo lleve consigo y se autoadministre su propio Epi-Pen según lo ordenado por su médico mientras se encuentre en la propiedad escolar o funciones relacionadas con la escuela. También absuelvo a la escuela de cualquier responsabilidad en la protección del Epi Pen de mi hijo. Entiendo que tras la administración de Epi Pen, se activará EMS.

 Firma del Padre / Tutor

Teléfono celular #

Trabajar #

Fecha

 Contacto de emergencia alternativo

Teléfono celular #

Trabajar #

Fecha

ACUERDO DEL

ESTUDIANTE : Acepto cumplir con las instrucciones de mi médico y entiendo las pautas establecidas por la escuela.

 Firma del estudiante

 Fecha