

Spring Branch Independent School District
SERVICIOS DE SALUD

Protocolo de SBISD para el Tratamiento de Anafilaxia-

SBISD toma seriamente la salud y el bienestar de cada uno de nuestros estudiantes. Nuestros archivos muestran que su niño/a puede potencialmente presentar una alergia severa que requiera tratamiento en nuestra escuela. En esta carta adjuntamos los formularios que nos proveerán con la información necesaria de su médico para autorizar y tratar a su hijo/a en caso de una emergencia. Estos formularios deben ser completados y actualizados todos los años. Si usted piensa que su niño/ a no necesita recibir medicamentos o un plan de acción frente a un cuadro de alergia, y una reacción alérgica ocurre en la escuela, tendremos que llamar al 911 para resguardar su salud.

- **Anafilaxia/ Plan de Acción sobre Alimentos que producen Alergias- Disponible en la página web de SBISD en Salud de Nuestros Estudiantes/ Servicios de Salud. Escoja la opción Formularios y luego Protocolo de SBISD para el Tratamiento de Anafilaxia.**
- **Alimentos que producen alergias solamente: ***Formulario que indica modificaciones en la dieta por parte de un médico. Disponible en español. Debe estar firmado por los padres y el médico. Este formulario es necesario para proveer los cambios necesarios en la cafetería. La nutricionista trabajará con la enfermera de la escuela y la supervisora de la cafetería para proveer un menú mensual.**
- **Proveer todos los medicamentos indicados en el Plan de Acción de Alergia/ Anafilaxia. Proveer 2 inyecciones de epinefrina. Consulte con su médico medicamentos antihistamínicos de venta libre que sean recomendables. Asegúrese además de proveer medicamentos para el asma en caso de que su niño padezca de esa enfermedad e inclúyalo en el plan de acción sobre las alergias.**

La enfermera de la escuela seguirá los lineamientos de SBISD para el tratamiento de los alimentos que provocan alergias. Estos lineamientos de SBISD están en conformidad con el House Bill 1322 aprobado durante la Sesión Legislativa Regular 81ra del 2009. Los siguientes recursos de los salones de clase están disponibles para maestros para ser usados para asistir necesidades individuales de salud del estudiante.

<http://www.tea.state.tx.us/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=2147508170&libID=2147508161>

Recursos para padres: <http://www.allergyhome.org/practical-food-allergy-management-preparedness/>

*****No se le negará comida en la cafetería a los estudiantes o se harán modificaciones en el menú hasta que el formulario con la dieta modificada haya sido aceptado por los Servicios de Nutrición del Niño.**



FARE
Food Allergy Research & Education

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: ☐ Sí (Riesgo más alto de reacción grave) ☐ No

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

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



PULMÓN

Falta de aire,
sibilancia,
muchos tos



CORAZÓN

Tez azulada o
pálida, desmayo,
pulso débil,
mareo



GARGANTA

Ronquera
u oclusión,
dificultad para
tragar o respirar



BOCA

Hinchazón
significativa de
la lengua o los
labios



PIEL

Urticaria
extendida en las
distintas partes
del cuerpo,
enrojecimiento
generalizado



INTESTINOS

Vómitos
reiterados,
diarrea grave



OTRO

Sensación de que
va a pasar algo
malo, ansiedad,
confusión.

**O UNA
COMBINACIÓN**
de los síntomas
de las distintas
áreas

1. 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



NARIZ

Picazón o
moqueo nasal,
estornudos



BOCA

Picazón
bucal



PIEL

Algunas
ronchas,
picazón leve



INTESTINO

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: ☐ 0,15 mg IM ☐ 0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

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

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O PADRE/TUTOR

FECHA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE SALUD INTERVINIENTE

FECHA



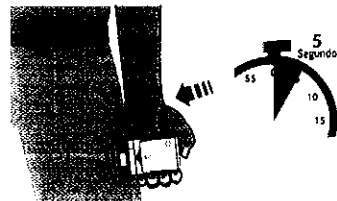
FARE
Food Allergy Research & Education

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo.
2. Saque la tapa de seguridad roja.
3. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
4. Oprima firmemente, y mantenga presionado durante 5 segundos.
5. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

3



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR®, MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

3



4



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector de epinefrina del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

3



4



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENAClick®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector.
2. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
3. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo.
4. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
5. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos.
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.

5



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Spring Branch Independent School District

Child Nutrition Services hará todo lo posible para identificar posibles alérgenos en los alimentos que servimos incluyendo herramientas como los menú publicados y información alérgica. Sin embargo, los estudiantes y los padres deben asumir la responsabilidad final de la elección de alimentos seguros y saber qué alimentos contienen alérgenos. Sin tiene cualquier pregunta, por favor de llamar a la Oficina de Nutrición al 713-251-251-1150.

Forma de Modificación Dietética

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Numero de ID#: _____ Grado/Maestro: _____

Si hay cualquier cambio en la alergia de alimento, el doctor necesita llenar el formulario. Si no hay ningún cambio, por favor de marque la casilla, firme y regréselo a la enfermera de la escuela. ☐ NO HAY CAMBIOS

Yo le doy a Child Nutrition Services y/o la enfermera de la escuela permiso para hablar con el medico que aparece a continuación para discutir las necesidades dietéticas descritas en este formulario.

Firma del Padre/Guardian _____

Fecha: _____

Numero de Teléfono: _____ Email: _____

El U.S. Department of Agriculture School Meals Program requiere que TODAS LAS PREGUNTAS SE CONTESTEN para que cualquier modificación dietética o la sustitución que se puede hacer en las comidas escolares

*Se ha referido a los estudiantes 504
No ☐ sí ☐

Cuales comidas de la cafeteria de la escuela comera el estudiante? (marque todo lo que corresponda)

☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Ninguno (si el estudiante no come en la cefeteia, no se organizaran modificaciones)

El niño tiene una alergia a los alimentos **potencialmente ponga su vida en riesgo?** (marque una casilla) ☐ No ☐ Si

(Si marco Si, El Medico necesita llenar Section A)

El niño tiene una discapacidad que **requiere modificación de la dieta?** (marque una casilla) ☐ No ☐ Si

(Si marco Si, El Medico necesita llenar Section B)

Secciones A y/o B Para ser completado por un médico o profesional médico autorizado

Sección A: Alergia que pone la vida en riesgo. Solo alergias que ponen la vida en riesgo, donde la pluma EPI ha sido recetada, resultara en una modificación a la dieta. Si una modificación no es necesitada, la identificación de comidas puede ser proporcionada por los menús públicos y información alérgica.

Spring Branch ISD no puede honrar este documento **a menos que las sustituciones específicas sean marcadas.** (Marque todas las comidas que necesitan ser omitidas):

☐ Huevos ☐ Pescado ☐ Cacahuates ☐ Mariscos ☐ Soja ☐ Nueces de Arbol ☐ Trigo
☐ Leche (severa intolerancia a la lactosa) ☐ Leche (caseína / alergia de suero) ☐ Otro: _____

Específico: _____

Puede el estudiante consumir alimentos donde el alérgeno es un **ingrediente** de un producto? (Por favor especifica)

☐ Yes ☐ No (por ejemplo, Puede consumir huevos en productos horneados, pero no huevos revueltos)

Explicar: _____

Sustitutos de alimentos : _____

Sección B: Discapacidad

Discapacidad: _____

Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad (marque todo lo que corresponda):

☐ Respiración ☐ Viendo ☐ Hablando ☐ Realización de tareas manuales ☐ Aprendizaje
☐ Comiendo ☐ Oyendo ☐ Caminando ☐ El cuidado de uno mismo ☐ Otro: _____

Tipo de Dieta: ☐ Regular ☐ Blandita ☐ Picado ☐ Mezclado ☐ Puré ☐ Otro: _____

Nombre del médico con licencia (imprimir): _____

Firma del Medico: _____

Dirección: _____ Fecha: _____ Telefono: _____