Plano Independent School District School Year\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Severe Allergy Emergency Action Plan BUS #\_\_\_\_\_

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tea./Sec.\_\_\_\_\_ Place

Child’s

**ALLERGY TO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Picture

Here

Asthmatic? Yes\* No \*Higher risk for severe reaction

# Step 1: Treatment

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symptoms: Give Checked Medication:**  **(To be determined by the physician authorizing treatment)** | | |
| If a food allergen has been ingested but ***no symptoms***:  Observe | Epinephrine | Antihistamine |
| **Mouth** Itching, tingling or swelling of lips, tongue, mouth | Epinephrine | Antihistamine |
| **Skin** Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities | Epinephrine | Antihistamine |
| **Gut**  Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea | Epinephrine | Antihistamine |
| **Throat\*** Tightening of throat, hoarseness, hacking cough | Epinephrine | Antihistamine |
| **Lung\*** Shortness of breath, repetitive cough, wheezing | Epinephrine | Antihistamine |
| **Heart\***  Weak, thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness | Epinephrine | Antihistamine |
| **Other\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Epinephrine | Antihistamine |
| **If Reaction is progressing (several of the above areas affected), give:** | Epinephrine | Antihistamine |

**\*Potentially life threatening. The severity of the symptoms can change quickly.**

Monitor for side effects of epinephrine injection: nervousness, palpitations, fast heart rate, sweating, tremor, anxiety, dizziness, headache, nausea, vomiting, or weakness.

# DOSAGE

**Epinephrine**: inject intramuscularly EpiPen® EpiPen Jr.®

Twinject™ 0.3mg Twinject™ 0.15 mg

AuviQ 0.3 mg Auvi Q 0.15 mg

Give second epinephrine dose after \_\_\_\_\_minutes if no improvement and EMS has not arrived.

**Antihistamine:** give**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(medication / dose / route)

**Other:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(medication / dose / route)

# Step 2: Emergency Contacts/*Contactos de Urgencia*

1. Call 911. State that an allergic reaction has been treated and additional epinephrine may be needed.
2. Emergency Contacts/*Contactos de Urgencia*:

Name/*Nombre* Phone/*Teléfono* Relationship/*Parentesco*

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Even if parent/guardian cannot be reached, do not hesitate to medicate or take the**

**student to a medical facility!**

**Physician Designation of Rescue Drug**

I have prescribed an epinephrine auto-injector for the student named here for use on an as needed basis. In recognition of the possible need to promptly administer this drug while in attendance at Plano Independent School District, when a trained medical professional may not be available, I acknowledge that circumstances may arise in which an unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to emergency medical personnel, a physician and / or a registered nurse, may need to administer an epinephrine auto-injector to the named student.

**I agree** /  **I do not agree** (check one) **Physician Initials\_\_\_\_\_\_\_ Parent Initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician Consent for Self Administration of epinephrine auto-injector**

I have instructed the student named here in the proper way to use his/her epinephrine auto-injector. It is my professional opinion that this student **should */*****should not**(check one) be allowed to carry and self-administer his/her epinephrine auto-injector while on school property or at school-related events. **Physician Initials\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician’s Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::**

**Historial (Rellenado por el padre de familia o médico)**

Favor de describir las circunstancias bajo las cuales se enteró de que su hijo tenía una alergia severa a la sustancia que se indica en la parte de adelante. (ejemplo. Reacción después de la ingestión, una picadura o exposición al alérgeno, prueba de alérgenos en la piel, etc.) Describa la reacción de su hijo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El alumno ¿alguna vez en el pasado ha sufrido una reacción con riesgo vital donde era necesario tratarlo en la sala de urgencia o admitirlo al hospital? ¿Qué tratamiento fue necesario en esa ocasión? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::**

**Consentimiento de los padres para la autoaplicación del autoinyector de epinefrina**

Yo, el padre/madre/tutor del alumno en referencia,  **sí concuerdo** /  **no concuerdo** (señale uno) con su doctor en permitir a mi hijo llevar su autoinyector de epinefrina consigo. Si mi hijo lleva su propio, entiendo que la clínica escolar no tendrá su autoinyector de epinefrina personal a menos que yo provea a la escuela un extra por si acaso mi hijo se olvide del suyo. Entiendo que la enfermera escolar también evaluará el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y auto administrar la epinefrina. **Iniciales del padre/madre\_\_\_\_\_\_\_**

**Consentimiento del Padre de familia/Tutor para que Personal Auxiliar No Acreditado administre el Autoinyector de Epinefrina**

Yo **sí / no** (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que administre a mi hijo el autoinyector de epinefrina mientras esté presente mi hijo en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que es posible que no se provea a mi alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_\_

# Consentimiento de los padres para revelar los datos y una fotografía

Yo  **sí autorizo**  /  **no autorizo** (señale uno) al ISD de Plano a exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que esta persona tiene una alergia severa. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de (naturaleza de la condición / alergia) que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar. **Iniciales del padre/madre\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorización del padre de familia/tutor para que el Personal escolar comunique Datos médicos**

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la aplicación de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD solicitados para prestar los servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) con quien(es) se comunica(n), y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser errónea, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos y de otra manera causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúe confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de divulgar los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo.* *No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí.* Iniciales del padre/madre \_\_\_\_\_\_\_

**Exoneración del Padre de familia/Tutor de Reclamaciones contra el Distrito y Acuerdo de Mantener Indemne**

Hasta donde permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la administración al alumno del autoinyector de epinefrina y/o la autoaplicación por el Alumno del autoinyector de epinefrina. Deberá interpretarse esta exoneración de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de cualquier reclamo contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva de su parte, sea exclusiva o coadyuvante, incluyendo cualquier responsabilidad que resultara de la infracción supuesta de alguna ley (aparte de las que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que ha históricamente ha experimentado la discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, sea directa o indirectamente, la administración al alumno por parte del Personal Escolar de un autoinyector de epinefrina, la autoaplicación de alumno de un autoinyector de epinefrina, o la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables incluyendo*, de manera enunciativa más no limitativa*, acusaciones de que el Personal Escolar no evaluó correcta y suficientemente el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar su autoinyector de epinefrina, por negligencia no reconoció las síntomas que requieren el uso del autoinyector de epinefrina, interpretó mal las síntomas que creía obligar el uso del autoinyector de epinefrina, administró o no administró el autoinyector de epinefrina, y /o "sobre divulgó" los datos de salud de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. §12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. § 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. § 1400 et seq.

**Nombre del padre/madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre/madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**