



Autorización para Administrar Medicamento para Evitar Reacciones Alérgicas Severas

incluye reacciones alérgicas por efecto de: aguijón de abeja/insectos; consumo de alimentos y/u otros alérgenos conocidos

Nombre del estudiante: _____ Fecha/Naci. : _____ Grado: _____
Año Académico: _____ Su escuela (use un círculo): Clay Lamberton Elementary Berlin Middle Berlin High

Sección a ser llena, sólo por el proveedor de servicios de cuidado de salud:

Dicho estudiante sufre de reacción alérgica severa a : _____ En caso de que el estudiante sea expuesto a dicho alérgeno, agradecemos se siga de inmediato el protocolo siguiente, según sea el caso:

- ____ En caso de que el estudiante se sienta enfermo o presente una historia de alergias, administre *Benadryl (diphenhydramine)*, según lo pautado más abajo:

Dosis de *Diphenhydramine (Benadryl)*
o anote (más abajo) el antihistamínico alternativo preferido (marque la dosis preferida):**

____ 12.5 mg. (una cucharadita en forma líquida o su equivalente en forma masticable o *fast melt*)

____ 25 mg. (una capsula para adulto o dos cucharaditas en forma líquida o dos del equivalente masticable)

____ 37.5 mg (tres cucharaditas si en forma líquida o tres del equivalente masticable)

____ 50 mg. (dos capsulas para adulto o cuatro cucharaditas en forma líquida o su equivalente en forma masticable)

- ____ Administre este antihistamínico alternativo preferido (nombre y dosis): _____

- ____ En caso que el estudiante empeore y presente: erupción, dificultad con la respiración, sudor excesivo, mareo, pulso rápido, cuello y/o cara hinchada, y/o dificultad con el hablar; **administre Epinephrine** (lea más abajo) y **llame al número de emergencia, 911**. También, tenga a bien notificarle de la situación a los padres/representantes, al director de la escuela y a la enfermera del distrito.

Dosis de *Epinephrine*¹ (marque la dosis, y si puede ser repetida):

- ____ 0.15 mg *Epinephrine Junior* (peso corporal de 66 libras o menos)
- ____ 0.30 mg *Epinephrine Adult* (peso corporal mayor de 66 libras)
- ____ Repetir *Epinephrine* de _____ mg en _____ minutos, si síntomas persisten y la ambulancia no ha llegado todavía.

¹ Los padres/representantes deberán de suministrar la *Epinephrine*, siempre en el empaque original, con la etiqueta original del farmacéutico que especifica el nombre de su estudiante, el nombre del médico/profesional de la salud recetador del medicamento, dosis, forma de administración y demás instrucciones. De igual forma, deberán suministrar el antihistamínico alternativo preferido.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Dirección de consulta: _____ Teléfono: _____

La firma del padre/representante del estudiante al pie de la presente autoriza a representantes del Distrito Escolar del Área de Berlin a seguir las instrucciones arriba indicadas y a comunicarse con el proveedor de servicios de cuidado de salud del estudiante respecto a su estado alérgico en caso de que tengan cualquier preocupación y/o pregunta relacionadas con el tratamiento y las reacciones del estudiante.

Firma del Padre/Representante: _____ Fecha: _____