

# Distrito Escolar Del Área de Berlin

## Formulario de autorización de medicamentos para reacciones alérgicas graves

(Incluye reacciones a alergias a picaduras de abejas/picaduras de insectos, alergias alimentarias y/u otras alergias)



Today's Learners.  
Tomorrow's Leaders.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado
Nombre de la escuela del distrito	Año escolar	
<input type="checkbox"/> Clay Lamberton Elementary Fax: (920) 361-4352	<input type="checkbox"/> Berlin Middle School Fax: (920) 361-3379	<input type="checkbox"/> Berlin High School Fax: 920-361-2005

### PROVEEDOR DE SALUD

Este estudiante tiene una alergia severa a:

Si este estudiante ha estado expuesto a este alérgeno, consulte el siguiente protocolo:

- Si el estudiante se queja de malos sentimientos o tiene antecedentes de reacción alérgica, administre Benadryl (difenhidramina) como se indica a continuación:

Dosis de difenhidramina (Benadryl)		
<input type="checkbox"/>	12,5 mg	(una cucharadita de líquido, masticable o equivalente de fusión rápida)
<input type="checkbox"/>	25 mg	(una cápsula para adultos o dos cucharaditas de líquido o dos equivalentes masticables)
<input type="checkbox"/>	37,5 mg	(tres cucharaditas líquidas o tres equivalentes masticables)
<input type="checkbox"/>	50 mg	(dos cápsulas para adultos o cuatro cucharaditas líquidas o equivalentes masticables)

o

- Administre este antihistamínico en su lugar (nombre, dosis):

Dosis

Nombre del medicamento

y/o

- Si el estudiante empeora y/o tiene sarpullido, dificultad para respirar, sudoración, quejas de mareos, pulso rápido, hinchazón de cara y/o cuello, y/o dificultad con el habla, administre epinefrina (ver abajo) y llame al 911. Además, notifique a los padres, al director y a la enfermera de la escuela.

Dosis de epinefrina <sup>1</sup> (comprobar dosis y si se puede repetir):		
<input type="checkbox"/>	0,15 mg	Epinefrina Junior (peso es de 66 libras o menos)
<input type="checkbox"/>	0,30 mg	Epinefrina Adulto (el peso es más de 66 libras)
<input type="checkbox"/>	___ Mg	Repita la epinefrina en _____ minutos si los síntomas persisten y la ambulancia aún no ha llegado.

<sup>1</sup>Los padres / tutores deben proporcionar la epinefrina con una etiqueta farmacéutica correcta con el nombre del estudiante, el nombre del prescriptor, la dosis, la ruta y las instrucciones. También deben proporcionar antihistamínicos seleccionados.

Firma del médico	Fecha
------------------	-------

### PADRE/TUTOR

Mi firma a continuación le da permiso a un representante de BASD para seguir las instrucciones de este formulario y para comunicarse con el proveedor de atención médica del estudiante sobre el estado de alergia del estudiante en caso de cualquier inquietud y / o pregunta con el tratamiento y la reacción.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima)	Relación con el estudiante
Firma del padre/tutor	Fecha

**\*\*Continúa en el reverso\*\***

# Distrito Escolar Del Área de Berlin

## Formulario de autorización de medicamentos para reacciones alérgicas graves

*(Incluye reacciones a alergias a picaduras de abejas/picaduras de insectos, alergias alimentarias y/u otras alergias)*



**Today's Learners.  
Tomorrow's Leaders.**

### PERSONAL DE LA ESCUELA

Firma de la enfermera del director o del distrito

Fecha