

# AUTORIZACIÓN PARA EL PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA ANAFILAXIS

**POR FAVOR, LEA AL REVERSO LA INFORMACIÓN Y LOS PROCEDIMIENTOS**

## PARTE I DEBE LLENARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL

Por medio de la presente autorizo al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS), del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (FCHD) y del programa de Cuidado de Niños en Edad Escolar (SACC) a administrar la inyección de epinefrina según lo indica el médico (Parte II). Acepto exonerar, indemnizar y eximir de toda responsabilidad a FCPS, FCHD, SACC y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes de todo juicio, reclamo, gastos, demandas, acciones, etc. en su contra por administrar la inyección, siempre que ellos cumplan las indicaciones del recetador con licencia (Parte II).

Soy consciente de que la epinefrina puede ser administrada por personal no sanitario capacitado y sin licencia, y estoy de acuerdo con esto. También soy consciente de que el personal no sanitario sin licencia no tiene que observar la aparición de los síntomas y no se le permite esperar hasta que aparezcan los síntomas para administrar la epinefrina a los alumnos que tengan una orden autorizada del proveedor de atención médica. **Entiendo que siempre se llamará a la cuadrilla de servicios médicos de emergencia (EMS) cuando se administre la inyección de epinefrina, independientemente de si el alumno manifiesta o no algún síntoma de anafilaxis. He leído los procedimientos descritos al reverso de este formulario y asumo responsabilidad según corresponda.**

Nombre del alumno (apellido, nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Año escolar	Grado
---------------------	----------------------	-------------	-------

Ningún empleado de la Junta Escolar, enfermera de salud pública ni ayudante de la enfermería deberá administrar medicamento o tratamiento, como excepción según la política de la Junta Escolar, a menos que el director o su delegado haya revisado personalmente todas las autorizaciones requeridas. Autorizo que se comuniquen con proveedor de atención médica abajo indicado para aclarar la información incluida en la receta de ser necesario.

Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARTE II DEBE LLENARLA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

La epinefrina generalmente la administra un miembro del personal no sanitario sin licencia en FCPS o en SACC. La enfermera de salud pública de la escuela capacita a estas personas para que administren la inyección. Debe advertirse que estos miembros del personal no son observadores capacitados. El personal no sanitario sin licencia no tiene que observar los síntomas ni se le permitirá esperar hasta que aparezcan los síntomas para administrar la epinefrina a los alumnos que tengan una prescripción autorizada del proveedor de atención médica. Independientemente de que el alumno presente síntomas, se administrará la inyección de epinefrina inmediatamente después de notificarse que el alumno estuvo expuesto a los alérgenos antes de cualquier otro medicamento

Indique los alérgenos específicos o desconocidos \_\_\_\_\_

Tipo de exposición:  ingestión  contacto con la piel  inhalación  picadura o mordedura de insecto

Si el alumno presenta **CUALQUIERA** de los siguientes síntomas:

- Dificultad repentina para respirar o sibilancia
- Urticaria, rubor, picazón o enrojecimiento generalizado de la piel
- Inflamación de la garganta, labios, lengua, estrechez/cambio de voz, dificultad para tragar
- Otro \_\_\_\_\_
- Sensación de cosquilleo, picazón o sabor metálico en la boca
- Sensación de aprensión, agitación
- Vómitos en combinación con uno de los síntomas arriba mencionados

**Marque el recuadro correspondiente: (Nota: siempre se administrará la epinefrina primero antes de administrar cualquier otro medicamento)**

Comprobar la dosis premedida adecuada de epinefrina administrada por inyección intramuscular:

Dosis de epinefrina:  0.3 mg  0.15 mg  0.1 mg

Repetir la dosis en  5 minutos  10 minutos  15 minutos si no ha llegado el EMS. (Habrá que tener dos dosis ya medidas en la escuela.)

**Administrar epinefrina primero, seguido inmediatamente de un antihistamínico oral**, si se prescribe: Nombre del antihistamínico: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**Marque EL recuadro que corresponde:**

- El alumno debe llevar consigo la epinefrina durante el horario lectivo con el conocimiento del director y PUEDE usar la inyección/jeringa de epinefrina correctamente en caso de una emergencia. El alumno debe notificar al personal escolar si se él mismo se ha administrad epinefrina. En la enfermería o en otro lugar aprobado de la escuela debe guardarse una dosis adicional que sirva de reserva.
- El alumno debe llevar consigo la epinefrina durante el horario lectivo con el conocimiento del director, pero NO PUEDE usar la inyección/jeringa de epinefrina correctamente en caso de una emergencia. En la enfermería o en otro lugar aprobado de la escuela debe guardarse una dosis adicional que sirva de reserva.
- La epinefrina se guardará en la enfermería de la escuela.

**Fecha de vigencia:**  Año escolar actual  De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre del médico (impresa o a máquina) \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Teléfono o Fax \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor legal (en imprenta o a máquina) (obligatorio si el alumno porta epinefrina) \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del alumno (Obligatorio si el alumno porta epinefrina)

## PARTE III DEBE LLENARLA EL DIRECTOR O SU DELEGADO

**Marque con un  según corresponda:**

- Las Partes I y II están completas, incluyendo las firmas.
- El medicamento está debidamente rotulado. \_\_\_\_\_ Fecha en que los padres o tutor legal tiene que RECOGER el medicamento que no haya sido usado. (Dentro de la semana siguiente a la fecha de vencimiento de esta autorización o el último día de clases.)

Firma del director o de su delegado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PARTE IV DEBE LLENARLA LA ENFERMERA DE SALUD PÚBLICA DE LA ESCUELA

**Marque con un  según corresponda:**

- Las órdenes arriba indicadas han sido revisadas.
- El plan de acción individualizado del alumno contra la anafilaxis se ha completado en la segunda página.

Nombre de la enfermera de salud pública de la escuela (en imprenta) \_\_\_\_\_ Firma de la enfermera de salud pública de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La información del expediente académico del alumno de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax se entrega con la condición de que la persona que la reciba acepte no permitir que ninguna otra parte tenga acceso a dicha información sin el consentimiento por escrito de los padres o del tutor legal o del alumno elegible. SS/SE-64 (3/24)

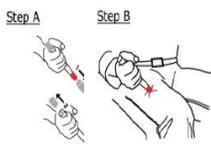
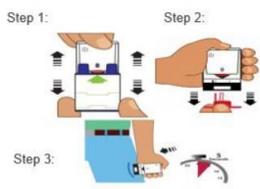
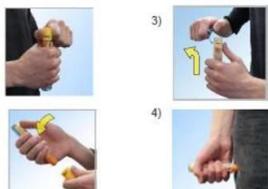
**PASOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA (Las secciones deben ser completadas por la enfermera de la escuela)**

1. Siempre usar medidas de precaución estándares.
2. Inyectar la epinefrina inmediatamente. **Ver abajo las instrucciones para la administración.** Anotar la hora en que se aplicó la inyección.
3. **Llamar al 911.**
4. Acostar a la persona con las piernas elevadas, mantenerla abrigada o ponerla en una posición cómoda.
5. Administrar otro medicamento *SI SE INDICÓ*: \_\_\_\_\_
6. Si el alumno pierde el conocimiento, chequear que está respirando y empezar la resucitación cardiopulmonar inmediatamente, si es necesario.
7. Notificar a los padres o a los contactos de emergencia.
8. Escribir el nombre del alumno, la hora y fecha de la administración de epinefrina en el rótulo de la epinefrina.
9. Repetir la inyección de epinefrina *SI SE INDICÓ* y si el EMS no ha llegado.
10. Documentar la administración de epinefrina en la tarjeta de medicamentos.
11. Enviar la epinefrina usada al EMS o a los padres.
12. Si el EMS transporta al alumno, proporcionar una copia del Formulario de Información de Emergencia.

**Lugar donde se guarda la epinefrina:**  Enfermería  La porta el mismo alumno  Otro: \_\_\_\_\_

**Consideraciones individuales:** \_\_\_\_\_

La enfermera de salud pública de la escuela marca el tipo de dispositivo de epinefrina recibido:

<input type="checkbox"/> EPIPEN® AUTOINJECTOR	<input type="checkbox"/> GENERIC EPINEPHRINE AUTOINJECTOR	<input type="checkbox"/> AUUVI-Q® AUTOINJECTOR	<input type="checkbox"/> TEVA GENERIC AUTOINJECTOR
<b>DIRECTIONS</b> 1. Remove EpiPen Auto-Injector from plastic carrying case. 2. Pull off blue safety release cap. 3. Hold leg to stabilize. 4. Place orange tip against mid-outer thigh and firmly push. <b>Press firmly and hold for 3 seconds.</b> 5. Remove and massage the area for 10 seconds.	<b>DIRECTIONS</b> 1. Remove the outer case. 2. Remove both end caps (1 and 2). 3. Hold the leg to stabilize. 4. Place rounded tip against mid-outer thigh. 5. Press down hard until needle penetrates. <b>Hold for 10 seconds.</b> 6. Remove and massage the area for 10 seconds. 7. Needle will be exposed; dispose of per training.	<b>DIRECTIONS</b> 1. Remove the outer case; voice command automatically activates. 2. Pull off red safety guard. 3. Hold leg to stabilize. 4. Place black end against mid-outer thigh. 5. <b>Press firmly and hold for 2 seconds.</b> 6. Remove and massage the area for 10 seconds.	<b>DIRECTIONS</b> 1. There is no outer case for this device. 2. Twist the yellow or green cap in the direction of the "twist arrow" to remove cap. 3. Pull off the blue safety release cap. 4. Hold leg to stabilize. 5. Place orange tip against mid-outer thigh and firmly push until you hear a click. <b>Hold firmly in place for 3 seconds.</b> 6. Remove and massage the area for 10 seconds.
			

**INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTOR LEGAL SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE SIGUEN CON LA EPINEFRINA**

1. La epinefrina puede administrarse en la escuela, durante actividades patrocinadas por la escuela o en SACC solo si se tiene la autorización firmada del médico y de uno de los padres o del tutor legal.
2. Este formulario debe estar en el expediente de la enfermería o en otro lugar aprobado. El padre, madre o tutor legal es responsable de obtener la orden del médico en la Parte II. Para un alumno que asista a SACC, una copia de la autorización para el uso de la epinefrina debe estar en el expediente de SACC.
3. Cada año debe entregarse un formulario nuevo a la escuela y siempre que haya un cambio en la dosis o un cambio en las condiciones bajo las cuales ha de inyectarse la epinefrina.
4. Los miembros del personal de FCPS, FCHD y SACC solo pueden administrar dosis que ya vienen medidas.
5. La epinefrina para alumnos con recetas autorizadas por el médico puede ser administrada en FCPS o SACC por personal no sanitario sin licencia capacitado que no monitoreará los síntomas ni se le permitirá esperar a que aparezcan los síntomas para administrar la epinefrina.
6. El medicamento debe estar adecuadamente rotulado por un farmacéutico. Si la receta del médico incluye una repetición de la inyección de epinefrina, entonces el padre, madre o tutor legal debe proporcionar a la escuela dos inyecciones/jeringas de epinefrina. Para un alumno que porta su propia epinefrina, uno de los padres debe proporcionar a la escuela una dosis de reserva que se guarde en la enfermería o en otro lugar aprobado. Debe indicarse claramente la fecha de vencimiento en la etiqueta de la farmacia o en la inyección/jeringa. Uno de los padres o el tutor legal debe proporcionar la epinefrina de reemplazo cuando se le informe que la inyección/jeringa está vencida o ha sido administrada.
7. Uno de los padres o el tutor legal debe entregar personalmente a la enfermería de la escuela la epinefrina, a menos que el alumno esté autorizado a tenerla consigo durante el horario lectivo y el horario de SACC.
8. A menos que se le haya autorizado al alumno llevar consigo la epinefrina, uno de los padres o el tutor legal tiene que recoger la epinefrina que no se haya usado dentro de la semana siguiente al vencimiento de esta autorización o el último día de clases. La epinefrina que no se reclame dentro de ese período se destruirá.