

Forma de indicaciones del médico

Nombre de estudiante:		Fecha nacimiento:	ID de estudiante:	
Escuela:	Grado:		Estatura:	Peso:

Alergias / Necesidades especiales / Discapacidades que ponen en peligro la vida:

1. Si tiene alergias alimentarias, omitir estos alimentos: (marque con un círculo todo lo que aplique)
Una alergia alimentaria severa se define como una reacción a un alérgeno en la comida que es introducido al cuerpo por inhalación, ingestión, o contacto con la piel, y que requiere atención médica inmediata.

leche o lácteos	cacahuete (maní)	nueces de árbol	huevos	cítricos	fresas
soya	Pescado/mariscos	trigo	otro:		

2. El profesional médico debe indicar la(s) ruta(s) por las cuales el alérgeno provoca una reacción severa:

Ingestión **Contacto** **Inhalación**

3. ¿Puede el estudiante consumir alimentos cuando el alérgeno es uno de los ingredientes?

(Ejemplo: los huevos revueltos se omiten, pero el huevo como uno de los ingredientes en los pancakes es permitido; la leche líquida se omite, pero la leche como ingrediente es permitida)

SÍ **NO** Explique: _____

4. Una actividad importante de la vida es afectada por alergia o discapacidad que pone en peligro la vida (marque todas las opciones que apliquen):

comer	cuidarse a sí mismo	actividades manuales	caminar
ver	oír	hablar	respirar
aprender	otra:		

5. Alimentos a sustituir o modificar como lo indica el médico (MD, DO, NP o APRN)

Nota: La información correspondiente al proceso e información sobre alergias alimentarias de Lake Travis ISD FANS se encuentran en la siguiente liga: [Proceso e información sobre alergias a alimentos LTISD](https://www.ltisdschools.org/Page/64) (https://www.ltisdschools.org/Page/64)

Los padres pueden omitir alérgenos en los alimentos, o su severidad, por medio de consentimiento escrito.

Cualquier información adicional o aumento de la severidad de la alergia debe ser enmendado por un profesional médico MD, DO, PA, o APRN con una nueva forma.

Esta página será revisada por la enfermera escolar, posteriormente escaneada y enviada por email a FANS@ltisdschools.org

Lake Travis Independent School District
Allergy/Special Dietary Needs/Disability Action Plan

Medicamentos y dosis

Medicamento	Marca	Dosis/ruta
Epinefrina		
Antihistamínico		
MDI (si es aplicable)		

Tratamiento: El médico debe marcar el/los medicamento(s) apropiado(s)

	Epinefrina	Antihistamínico
Exposición al alérgeno (no hay síntomas)		
Respiratorio: silbido en el pecho, respiración cortada, tos		
Cardiovascular: presión sanguínea baja, pulso débil, palidez, piel azulada.		
GI: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal		
Piel: urticaria, comezón, erupción, hinchazón de la cara o extremidades		
Boca: lengua /labios hinchados, comezón o cosquilleo en labios		
Garganta: apretada, ronquera, tos		
Otro (explique):		
Los síntomas empeoran		

Consentimiento de los padres para que el LTISD consulte con el profesional médico (MD, DO, NP, o APRN): (Ponga sus iniciales en una de las siguientes opciones)

Sí, doy mi permiso a la enfermera de LTISD o de FANS RDN de consultar con el equipo médico *por cualquier razón*. Si decido revocar mi permiso en cualquier momento, daré aviso a la escuela por escrito.

No, no doy mi permiso para contactar *excepto para aclarar indicaciones*.

He leído las indicaciones mencionadas arriba y estoy de acuerdo con este plan de cuidado para mi hijo(a). Doy mi permiso a los empleados de LTISD para administrar estos medicamentos a mi hijo(a). Entiendo que soy responsable de otorgar el medicamento, y que cualquier medicina que yo no recoja al terminar el año escolar, será destruida.

Firma de los padres

Teléfono #

Fecha

Recomendación del médico para que el/la estudiante administre a sí mismo el medicamento: (Escriba sus iniciales en una opción)

El/la estudiante nombrado(a) arriba, ha sido entrenado por mí, de manera adecuada para usar su medicamento. Es mi opinión profesional que él o ella tiene permiso de llevar y administrar a sí mismo el/los medicamentos mencionados arriba, mientras se encuentre en la escuela o en eventos escolares.

El/la estudiante nombrado(a) arriba, en mi opinión profesional, NO puede llevar y administrar por sí mismo el/los medicamento(s) mencionados arriba, en la escuela o eventos escolares.

Firma del médico

Teléfono #

Fecha

Preguntas para los padres de niños con Epi-Pens

Nombre de estudiante: _____

¿A qué es alérgico(a) su hijo(a)?:

Nivel de sensibilidad / lo que causa la reacción (marque en un círculo todo lo aplicable):

CONTACTO (al tocarlo)

INGESTIÓN (al comerlo)

PROXIMIDAD (al estar cerca)

¿Cómo se ve su reacción típica, y cuál es su tratamiento?:

¿Cuándo fue su última reacción severa que haya requerido el uso de EpiPen?:

¿Usted desea que esta condición sea tratada de manera confidencial? (en base a quién debe saber, solo empleados):

SÍ

NO

Si es "no", ¿Desea que la enfermera o maestra(a) explique a sus compañeros de clase cómo se vería su hijo(a) si tuviera una reacción alérgica?

SÍ

NO

La Sección 504 de la Ley Federal de Rehabilitación de 1973, en conjunto con la Ley de Enmiendas de 2008, está diseñada para prevenir la discriminación contra las personas con discapacidades médicas. La ley federal manda que informemos a los padres de niños con alguna discapacidad médica (en este caso, una alergia que amenaza la vida) sobre la opción de crear lo que conocemos como un "Plan médico 504". De acuerdo al Código de Educación de Texas y reglamento del Distrito escolar, los empleados de LTISD actualmente siguen un plan de cuidados de emergencia, diseñado por el médico de su hijo(a) y comunicado al personal escolar por medio de la enfermera escolar. El "Plan médico 504" hace que el plan de cuidados forme parte de un documento federal. Se establece por medio de una junta que incluye a la consejera escolar, maestro(a) del estudiante, enfermera y al menos uno de los padres. Puede ser solicitado o revocado en cualquier momento.

¿Usted desea que la enfermera o la consejera escolar le llame el próximo otoño para hacer una cita referente al plan médico 504?

____ Sí, por favor comuníquense conmigo en el otoño para programar una conferencia 504.

____ NO, renuncio a la solicitud del plan médico 504. Los empleados de LTISD deben seguir el plan existente que ha indicado el médico. Si prefiero solicitar el plan 504 en otro momento, lo voy a informar por escrito a la escuela.

Firma de uno de los padres

Nombre de uno de los padres

Fecha