Westerville City Schools

936 Eastwind Drive, Westerville, OH 43081
Main Office (614) 797-5700, Fax (614)797-5701

Estimado padre, madre o tutor:

Según la información médica que obra en nuestro poder, su hijo/a tiene un historial de padecer **alergias graves**. Si su hijo/a necesita recibir medicación para tratar sus alergias mientras se encuentre en la escuela, facilite lo siguiente:

1. **Plan de acción en caso de alergia** (puede sustituirse por el formulario del prestador de servicios médicos, si este incluye toda la información): Deben prepararlo y firmarlo el prestador de servicios médicos Y el padre, la madre o el tutor.

2. **Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante:** El prestador de servicios médicos y el padre o la madre deben llenarlo y firmarlo si se desea que el estudiante lleve consigo el autoinyector de epinefrina durante el horario escolar. Importante: Si optan por que su hijo/a lo lleve consigo, deben facilitar un autoinyector de epinefrina adicional para que se conserve en la clínica.

3. **Solicitud para administrar durante el horario escolar medicación recetada a un estudiante:** Todos los medicamentos de venta sin receta que se conserven en la clínica deberán contar una orden firmada por el prestador de servicios médicos. Si, además de la epinefrina, su hijo/a necesita recibir algún otro medicamento, como un antihistamínico (p. ej., Benadryl o Zyrtec), pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

4. **Formulario de adaptación de la dieta del comedor:** Si su hijo/a va a necesitar una dieta especial, como la sustitución de algún alimento del comedor, pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

Proteger a un estudiante de la exposición a alérgenos nocivos es la forma más importante de prevenir anafilaxia potencialmente mortal. La mayoría de las reacciones anafilácticas ocurren cuando un estudiante se expone accidentalmente a una sustancia a la que es alérgico. La evitación es la clave para prevenir una reacción. Existen procedimientos distritales para abordar problemas de alergia en áreas de alto riesgo. Es importante que los estudiantes NO intercambien ni compartan alimentos. Se debe indicar a los estudiantes que NO tomen alimentos de recipientes de alimentos compartidos que puedan estar presentes en algunos centros escolares.

Se puede encontrar información adicional en el sitio web de servicios de salud del distrito de WCS *Guía Administrativa 5335 Niños con Alergias Mortales*.

Comuníquese con la clínica de salud escolar si tiene alguna pregunta o duda.

Atentamente,

Enfermeras escolares del Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

Actualizado en agosto de 2022

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

FARE Food Allergy Research & Education

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico/a a: _____

Peso: _____ libras Asma: ☐ **Sí (mayor riesgo de padecer una reacción grave)** ☐ **No**

Antecedentes de anafilaxia: ☐ **Sí** ☐ **No**

COLOQUE LA FOTO AQUÍ

IMPORTANTE: No confíe únicamente en antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave, UTILICE EPINEFRINA.

SI PRESENTA **CUALQUIERA** DE ESTOS SÍNTOMAS:

SÍNTOMAS **GRAVES**

PULMONES
Falta de aire, sibilancia, tos reiterada

CORAZÓN
Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos

GARGANTA
Opresión en la garganta o ronquera, dificultad para respirar o tragar

BOCA
Lengua o labios muy hinchados

PIEL
Numerosas ronchas por todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado

SISTEMA DIGESTIVO
Vómitos reiterados, diarrea intensa

OTROS
Sensación de que va a ocurrir algo malo, ansiedad, desorientación

O UNA COMBINACIÓN
de síntomas en diferentes partes del cuerpo.

1. **ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
2. **Llame al 911.** Dígale al operador de emergencias que la persona está sufriendo anafilaxia y que podría necesitar epinefrina cuando lleguen los servicios de emergencia.

- Considere la posibilidad de administrar otros medicamentos después de la epinefrina:
  - » Antihistamínico
  - » Inhalador (broncodilatador) en caso de sibilancia
- Acueste a la persona, levántele las piernas y manténgala caliente. Si le cuesta respirar o vomita, ayúdela a sentarse o ponerse de costado.
- Si los síntomas no mejoran o reaparecen, pueden administrarse más dosis de epinefrina una vez transcurridos al menos cinco minutos desde la última dosis.
- Avise a los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, incluso si los síntomas desaparecen.

COMENTARIOS ADICIONALES DEL MÉDICO

SÍNTOMAS **LEVES**

NARIZ
Picazón o secreción nasal, estornudos

BOCA
Picazón en la boca

PIEL
Algunas ronchas, picazón leve

SISTEMA DIGESTIVO
Náuseas leves o malestar

EN CASO DE **SÍNTOMAS LEVES** QUE AFECTEN A **MÁS DE UN** SISTEMA, ADMINISTRE EPINEFRINA Y **LLAME AL 911.**

EN CASO DE **SÍNTOMAS LEVES** QUE AFECTEN A **UN SOLO SISTEMA**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

1. Se pueden administrar antihistamínicos si así lo indica un profesional médico.
2. Quédese con la persona; avise a los contactos de emergencia.
3. Observe atentamente si hay cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina y llame al 911.

☐ **Si el médico del menor marca esta casilla, es porque este padece una alergia extremadamente grave a _____ y deberá administrársele epinefrina ante el primer indicio de cualquier síntoma, por leve que sea.**

MEDICAMENTOS/DOSIS

Epinefrina (marca o genérica): _____

Dosis de epinefrina: ☐ 0.1 mg IM (intramuscular) ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM ☐ 1 mg IN (intranasal) ☐ 2 mg IN

Antihistamínico (marca o genérico): _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otro (p. ej., inhalador broncodilatador en caso de sibilancias):

_____

☐ El paciente puede llevarlo consigo

☐ El paciente puede autoadministrárselo

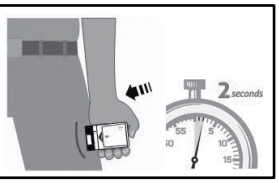
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O DEL PADRE/MADRE/TUTOR FECHA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS FECHA

FORMULARIO PROPORCIONADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 8/2025

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA

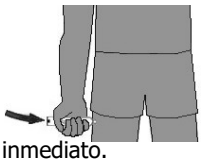
FARE
Food Allergy Research & Education

CÓMO UTILIZAR EL AUTOINYECTOR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP) DE KALEO



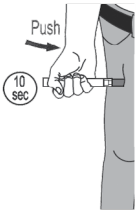
1. Saque el Auvi-Q de su estuche exterior. Retire el protector de seguridad rojo.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta que escuche un clic y un silbido y manténgalo en esa posición durante dos segundos.
4. Llame al 911 y solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

CÓMO UTILIZAR LOS AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA EPIPEN®, EPIPEN JR® Y EL AUTOINYECTOR GENÉRICO AUTORIZADO, USP, DE VIATRIS



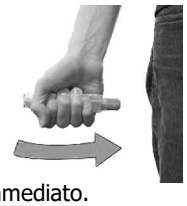
1. Saque el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente de transporte.
2. Sujete el autoinyector con el puño, con la punta naranja (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, jale el seguro azul hacia arriba para quitarlo.
3. Con un movimiento enérgico, presiónelo firmemente contra la parte media de la cara externa del muslo hasta que se escuche un clic. Manténgalo firmemente en su lugar durante tres segundos (cuente lentamente uno, dos, tres).
4. Retírelo y masajee la zona de la inyección durante diez segundos. Llame al 911 y solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

CÓMO UTILIZAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENACLICK®), USP, DE AMNEAL PHARMACEUTICALS



1. Saque el autoinyector de epinefrina de su estuche protector de transporte.
2. Retire ambas tapas azules de los extremos: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector con el puño, con la punta roja apuntando hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de noventa grados, perpendicular al muslo. Presione con fuerza y mantenga el autoinyector firmemente contra el muslo durante aproximadamente diez segundos.
4. Retírelo y masajee la zona durante diez segundos. Llame al 911 y solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

CÓMO UTILIZAR EL AUTOINYECTOR GENÉRICO EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP) DE TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES



1. Gire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector en el sentido de la "flecha de giro" para retirarla.
2. Sujete el autoinyector con el puño, con la punta naranja (extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo, formando un ángulo recto con el muslo.
4. Con un movimiento enérgico, presiónelo firmemente contra la parte media de la cara externa del muslo hasta que se escuche un clic. Manténgalo firmemente en su lugar durante tres segundos (cuente lentamente uno, dos, tres).
5. Retírelo y masajee la zona de la inyección durante diez segundos. Llame al 911 y solicite asistencia médica de emergencia de inmediato.

INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN Y EL USO SEGURO DE TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos ni la mano sobre la punta del autoinyector ni inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de una inyección accidental, acuda de inmediato a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se la administra a un niño pequeño, sujete firmemente su pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. De ser necesario, la epinefrina puede inyectarse a través de la ropa.
4. Después de la inyección, llame al 911 de inmediato.

CÓMO UTILIZAR EL DISPOSITIVO NEFFY® (PULVERIZADOR NASAL DE EPINEFRINA)

1. Saque el dispositivo Neffy del empaque. Abra el empaque para extraer el dispositivo de aerosol nasal Neffy.
2. Sujete el dispositivo como se muestra. Sujete el dispositivo colocando el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No jale del émbolo ni lo empuje. No pruebe ni cebe el dispositivo antes de usarlo (no realice una pulverización previa). Cada dispositivo contiene una sola dosis.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que sus dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta dentro de la nariz, apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (la pared que separa las dos fosas nasales) ni hacia la pared externa de la nariz.
4. Presione el émbolo hacia arriba con firmeza hasta que encaje en su lugar y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale con fuerza durante ni después de administrar la dosis. Evalúe los síntomas; si le gotea líquido de la nariz, es posible que deba administrar una segunda dosis de Neffy. Llame al 911 inmediatamente después del primer uso.
5. Si los síntomas empeoran o no mejoran en los 5 minutos siguientes a la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal utilizando un nuevo dispositivo Neffy.

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE/MADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

Departamento de Salud de Ohio

Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante

Conforme al Código Revisado de Ohio (ORC) 3313.718/3313.141

Antes de que el estudiante pueda portar y utilizar un autoinyector de epinefrina para tratar la anafilaxia en la escuela, deberá entregarse el formulario debidamente llenado al director o a la enfermera.

Nombre del estudiante
Dirección del estudiante

Esta sección debe llenarla y firmarla el padre, la madre o el tutor del estudiante.

Como padre, madre o tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo/a a portar y utilizar un autoinyector de epinefrina, de la forma prescrita, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la misma o en el que esta participe. Entiendo que, en caso de administrarse este medicamento, un empleado de la escuela solicitará inmediatamente la asistencia de los servicios médicos de emergencia. Entregaré una dosis de reserva del medicamento al director o a la enfermera de la escuela, según lo dispuesto por la ley.

Firma del padre, la madre o el tutor	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor para emergencias ( )

Esta sección debe llenarla y firmarla la persona que recetó el medicamento.

Nombre y dosis del medicamento	
Fecha de inicio de la administración del medicamento	Fecha de finalización de la administración del medicamento (si se conoce)

Circunstancias para el uso del autoinyector de epinefrina
Procedimientos que deben seguir los empleados de la escuela si el estudiante no puede administrarse el medicamento o si este no produce el alivio esperado

Posibles reacciones adversas graves:

Para el estudiante a quien se le ha recetado (que se deban informar a quien lo recetó)
Para un estudiante a quien ***no*** se le ha recetado y que reciba una dosis

Instrucciones especiales

Como persona que lo receta, he determinado que este estudiante es capaz de poseer y utilizar este autoinyector de manera adecuada y le he proporcionado capacitación sobre el uso correcto del mismo.

Firma de quien receta el medicamento	Fecha
Nombre de quien receta el medicamento	Número de teléfono de quien receta el medicamento para casos de emergencia ( )

Elaborado en colaboración con la Asociación de Enfermeras Escolares de Ohio.

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE DURANTE EL HORARIO ESCOLAR
Conforme a la sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

Dirección del estudiante:

Escuela: Grado: Maestro/a:

SECCIÓN PARA LOS PADRES

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como quien receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Las instrucciones de la etiqueta deben coincidir con las de quien emitió la receta. Si se trata de un medicamento de venta libre, debe mantenerse en su envase original.
3. El padre, la madre, el tutor u otro adulto responsable designado por estos debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de cambios, deberá presentarse una constancia actualizada firmada por quien recete el medicamento. Cada ciclo escolar deberá presentarse un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. *CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se comunique directamente con quien recetó el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el “Formulario médico de emergencia”.

Firma del padre o la madre: Fecha:

La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: Durante el día Por la tarde o noche

SECCIÓN PARA EL MÉDICO

Confirmo que este medicamento debe tomarlo:
Nombre del estudiante

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN A DIARIO (de ser posible, programe la toma fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN SEGÚN SEA NECESARIO

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse a quien le recetó el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

x

Firma de quien receta el medicamento **Fecha**

Nombre en letra de imprenta de quien receta el medicamento: Teléfono:

Dirección de quien receta el medicamento:

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** _____

Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

Constancia médica para adaptaciones dietéticas especiales

Las directrices establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, United States Department of Agriculture) exigen que las autoridades alimentarias de las escuelas que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares pongan a disposición de los estudiantes con discapacidades adaptaciones razonables, según cada caso, cuando la necesidad esté avalada por una constancia médica por escrito.

La Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, Americans with Disabilities Act) de 2008 (Ley Pública 110-325, 42 U.S.C. 12101) actualizó la definición de discapacidad para incluir a "cualquier persona con un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades fundamentales de la vida de dicha persona", entre las que se incluyen las funciones fisiológicas principales.

Según el USDA, las autoridades alimentarias de las escuelas no están obligadas a atender las solicitudes de dietas especiales basadas en preferencias alimentarias que no se consideren afecciones médicas o discapacidades, incluidas las preferencias personales de estilo de vida (como el veganismo, el vegetarianismo o el consumo de alimentos orgánicos) o por motivos religiosos.

Este formulario debe llenarlo un médico, un asistente médico o un enfermero practicante con licencia estatal. Solo será necesario actualizar este formulario cuando cambien las necesidades del participante.

Datos del participante

Nombre del participante: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre de la escuela y grado que cursa: _____Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre, la madre o el tutor:_____
Núm. de teléfono de casa: _____Núm. de teléfono del trabajo: _____

Información obligatoria: adaptaciones dietéticas

1. Encierre en un círculo todos los alérgenos o alimentos que deben evitarse:
leche cacahuates nueces huevos pescado marisco trigo soya gluten sésamo/ajonjolí otro_____

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a este alimento:
Respiración _____
Funcionamiento de las principales funciones fisiológicas (sistema inmunitario, intestinal, digestivo, etc.) _____
Otro; especifique:_____

3. ¿Puede el estudiante consumir alimentos en los que el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? ____sí _____no
(ejemplo: no puede consumir huevos revueltos, pero los huevos sí se permiten como ingrediente en los panqueques)

Comentarios:

4. OBLIGATORIO: Alimentos de sustitución (IMPORTANTE: WCS no puede aceptar este documento a menos que se indiquen SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS a continuación o que el médico remita al estudiante a un dietista titulado que especifique los alimentos del menú).

Confirmo que el estudiante anteriormente mencionado precisa las modificaciones y sustituciones dietéticas indicadas debido a discapacidades o afecciones médicas.

_____ _____ _____
Firma del prestador de servicios médicos Fecha Teléfono

Autorizo al Servicio de Comidas de las WCS a hacer esta modificación dietética médicamente necesaria.

_____ _____
Firma del padre, la madre o el tutor Fecha

Con arreglo a la ley federal de derechos civiles y a los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe al USDA, a sus agencias, oficinas y empleados, así como a las instituciones que participan en programas del USDA o los administran, discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para recibir información sobre los programas (p. ej., braile, letra grande, grabaciones de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, complete el Formulario de denuncia por discriminación en los programas del USDA (AD-3027), disponible en línea, en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario debidamente llenado o la carta por correo postal al USDA a la siguiente dirección: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington D.C., 20250-9410; por fax al (202) 690-7442; o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.