

**Alergia y anafilaxia**

**Plan de autorización de administración de medicamentos**

**SÓLO PARA MEDICAMENTOS PARA ALERGIA Y ANAFILAXIS: ESTE FORMULARIO REEMPLAZA EL OCC 1216**

Este formulario debe completarse en su totalidad para que los proveedores/personal de cuidado infantil administren el medicamento requerido y sigan el plan. **Esta autorización NO DEBE EXCEDER 1 AÑO. Página 1 para ser completada por el proveedor de atención médica autorizado.**

Coloque la foto del niño aquí (opcional)

NOMBRE DEL NIÑO: Fecha de nacimiento:      /      /      fecha del plan: El niño tiene

Alergia  Ingestión/Boca  Inhalación  Contacto con la piel  Picadura  Otro niño ha tenido anafilaxia:  Sí  No

El niño tiene asma:  Sí  No (en caso afirmativo, mayor probabilidad de reacción grave) Niño

puede llevar consigo medicamentos:  Sí  No

El niño puede auto administrarse medicamentos:  Sí  No

Síntomas de alergia y anafilaxia	Orden de tratamiento	
Si el niño ha ingerido un alérgeno alimentario, ha sido picado por una abeja o ha estado expuesto a un desencadenante de alergia.	Antihistamínico: oral/por boca <input type="checkbox"/> Llamar a los padres <input type="checkbox"/> Llama al 911	Epinefrina (EpiPen) Inyección IM en el muslo <input type="checkbox"/> Llama al 911 <input type="checkbox"/> Llamar a los padres
<b>No presenta ni se queja de ningún síntoma, O</b>		
<b>Presenta o se queja de cualquiera de los siguientes síntomas:</b>		
<b>Boca:</b> picazón, hormigueo, hinchazón de labios y lengua ("la boca se siente rara")		
<b>Piel:</b> urticaria, sarpullido con picazón, hinchazón de la cara o las extremidades		
<b>Garganta*:</b> dificultad para tragar ("sensación de ahogo"), ronquera, tos seca		
<b>Pulmón*:</b> dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias		
<b>Corazón*:</b> pulso débil o rápido, presión arterial baja, desmayos, palidez, color azul		
<b>Intestino:</b> náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea		
<b>Otro:</b>		
<b>Si la reacción está progresando (varias de las áreas anteriores afectadas)</b>		

\*Potencialmente amenazante para la vida. La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente\*

Medicamento	Medicación: marca y potencia	Dosis	Ruta	Frecuencia
Epinefrina (EpiPen)				
Antihistamínico				

Otro:				
-------	--	--	--	--

**EMERGENCIA Respuesta:**

- 1) ¡inyecte epinefrina de inmediato! Anote la hora en que se administró la epinefrina.
- 2) Llame al 911: solicite una ambulancia con epinefrina. Avise al equipo de rescate cuando se le administró epinefrina. Quédate con el niño.
- 3) Llame a los padres. Informe a los padres sobre la hora en que se administró epinefrina y se llamó al 911.
- 4) Mantenga al niño acostado boca arriba. Si el niño vomita o tiene dificultad para respirar, colóquelo de lado.
- 5) Administre otros medicamentos, si se los recetaron.

NOMBRE/TÍTULO DEL PRESCRIPTOR Colocar sello aquí TELÉFONO FAX

DIRECCIÓN

**FIRMA DEL PRESCRIPTOR**(El padre/tutor no puede firmar aquí) (firma original o sello de firma únicamente) FECHA (dd/mm/aaaa)

OCC 1216B REVISADO EN MAYO DE 2022: todas las ediciones anteriores están obsoletas Página 1 De 2

Departamento de Educación del Estado de Maryland

Oficina de Cuidado Infantil

**Alergia y anafilaxia**

**Plan de autorización de administración de medicamentos**

Nombre del niño: Fecha de nacimiento:

**TUTOR AUTORIZACIÓN**

Solicito al personal de cuidado infantil autorizado que administre el medicamento o supervise al niño durante la autoadministración según lo prescrito anteriormente. Certifico que tengo autoridad legal para dar consentimiento para el tratamiento médico del niño mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos en el centro. Entiendo que al final del período autorizado una persona autorizada deberá recoger el medicamento; de lo contrario, será descartado. Autorizo al personal de cuidado infantil y al prescriptor autorizado indicado en este formulario a comunicarse de conformidad con HIPAA. Entiendo que según COMAR 13A.15, 13A.16, 13A.17 y 13A.18, el programa de cuidado infantil puede revocar la autorización del niño para llevar/auto administrarse medicamentos.

FECHA (dd/mm/aaaa)
-----------------------

FIRMA DEL PADRE / TUTOR PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER MEDICAMENTOS

TELÉFONO DE CASA #
--------------------

TELÉFONO CELULAR # TELÉFONO DEL TRABAJO #

Emergencia Contacto(s)	Nombre/Relación	Número de teléfono que se utilizará en caso de emergencia
Tutor 1		
Tutor2		

