

FORMA PARA ORDENAR UNA DIETA ESPECIAL

Parte A (para ser llenado por el Padre o Tutor)

Nombre del Estudiante (impreso)			# de ID del Estudiante	
Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Fecha de la Solicitud	
Nombre del Padre/Tutor (impreso)				
Números de Teléfonos durante el Día			Correo Electrónico	

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DISCAPACIDAD IDENTIFICADA?

SÍ	Si la respuesta es sí, por favor describa las principales actividades de la vida que se ven afectadas por la discapacidad:
NO	No, mi hijo(a) y yo somos responsables de auto monitorear su(s) alergia(s) a los alimentos.

SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD, LA PART B DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR UN MEDICO AUTORIZADO

Yo doy permiso al Departamento de Servicios de Nutrición del Catholic Diocese para que hablen con el médico abajo mencionado o con una autoridad médica reconocida acerca de las necesidades dietéticas que se describen a continuación.

Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
------------------------	--------

Parte B (se debe llenar solamente por un médico certificado o por una Autoridad Médica Reconocida que esté tratando a el estudiante)

Indique cual dieta del estudiante necesita modificarse y especifique los cambios que se deben hacer:

Intolerancia lactosa/alergia láctea (MARQUE ☐): ☐ No leche ☐ Evite todos los productos lácteos ☐ Jugo en lugar de leche									
Alergias alimenticias potencialmente mortales(MARQUE ☐): ☐ Ingestión ☐ Contacto ☐ Inhalación									
☐ trigo ☐ soya ☐ huevos (indique: ☐ huevos enteros ☐ huevos como ingredientes)									
☐ pescado ☐ mariscos ☐ nueces (indique: ☐ cacahuate ☐ nueces de árbol)									
Otros:									

Liste los alimentos que necesiten algunos de los siguientes cambios en la textura. Si todos los alimentos necesitan prepararse de esa manera, indique "todos"

1. Puré:
2. Molido:
3. Picado:

Indique cualquier otro comentario acerca de la alimentación del niño(a) o los patrones de alimentación.

Firma del Médico o Autoridad Médica	Fecha
Nombre del Médico (impreso)	Número de Teléfono
	Número de Fax

UNICAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA

	Solicitud Aprobada		Notificación a los Padres	Fecha
	Solicitud Negada		Notificación a la Escuela	Firma

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

 Peso: _____ kilos. Asma: ☐ Sí (Riesgo más alto de reacción grave) ☐ No

NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.
Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

- ☐ Si esta opción está marcada y es PROBABLE que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante CUALQUIERA de estos síntomas.
- ☐ Si esta opción está marcada y es SEGURO que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.

 ANTE CUALQUIERA
DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES



PULMÓN

 Falta de aire,
sibilancia,
muchos tos


CORAZÓN

 Tez azulada o
pálida, desmayo,
pulso débil,
mareo


GARGANTA

 Ronquera
u oclusión,
dificultad para
tragar o respirar


BOCA

 Hinchazón
significativa de
la lengua o los
labios


PIEL

 Urticaria
extendida en las
distintas partes
del cuerpo,
enrojecimiento
generalizado


INTESTINOS

 Vómitos
reiterados,
diarrea grave


OTRO

 Sensación de que
va a pasar algo
malo, ansiedad,
confusión.

**O UNA
COMBINACIÓN**
de los síntomas
de las distintas
áreas

1. INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO

- Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

 Picazón o
moqueo nasal,
estornudos


BOCA

 Picazón
bucal


PIEL

 Algunas
ronchas,
picazón leve


INTESTINO

 Náuseas leves o
malestar

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN
ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.**
**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA
SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

- Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

 Dosis de epinefrina: ☐ 0,1 mg IM ☐ 0,15 mg IM ☐ 0,3 mg IM

Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

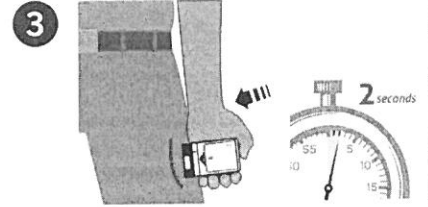
Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____



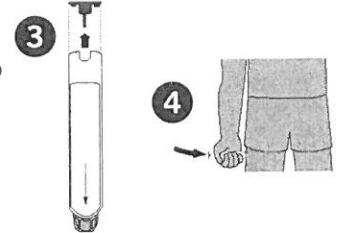
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo.
2. Saque la tapa de seguridad roja.
3. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
4. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
5. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



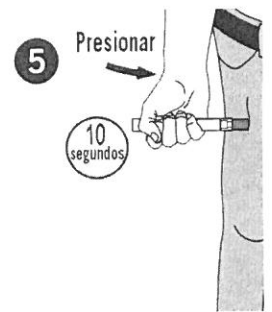
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALINE), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector.
2. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
3. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo.
4. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
5. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos.
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____
MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____
NOMBRE/RELACIÓN: _____
TELÉFONO: _____