Allergy Care Plan

Student name_____ D.O.B _____
Grade /Teacher_____ Physician/Phone_____

Emergency Information

Parent/guardian name #1_____#2 _____
Phone #1 home)_____work)_____cell)_____
#2 home)_____work)_____cell)_____

What is your child allergic to? _____
_____

What symptoms does your child have? _____

_____

Does your child's allergy require an epi-pen? _____

Has your child ever required emergency treatment for a reaction?_____
If yes, when/what type of treatment?_____

All Current Medications

(Please indicate which medications will be given at school)		
Medication	Dose	Time

All medications, including epi-pens, to be provided by parent/guardian

If student is experiencing a reaction:

- **Hives, rash, swelling**
- **Vomiting, abdominal cramping, diarrhea**
- **Tingling of mouth or lips, asthma symptoms**

We will call parent/guardian.

If student is experiencing signs of anaphylaxis:

- **Faintness, unconsciousness**
- **Severe swelling of the tongue or throat**

We will activate EMS and call parent/guardian.

The signature below authorizes the school district to share the health information on this care plan with school personnel for the safety and well being of this student.

_____ _____
Signature Date

-over-

Plan para el Cuidado de las Alergias

Nombre y apellido/s del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Grado/maestro(a): _____
Médico/teléfono: _____

Información en caso de emergencia
Padre/madre/tutor #1:_____#2: _____
Teléfono #1 casa): _____trabajo): _____celular):_____
#2 casa): _____trabajo): _____celular): _____

¿A qué es alérgico su hijo(a)? _____

¿Qué síntomas presenta su hijo(a)? _____

_____

¿Necesita usar su hijo(a) una jeringa auto-inyectora (*epi-pen*) para su alergia? _____

¿Alguna vez él/ella ha requerido un tratamiento de emergencia por causa de una reacción adversa?_____
Si su respuesta es '**Sí**', ¿cuándo/qué tipo de tratamiento?_____

Medicamentos utilizados actualmente

(Por favor indique qué medicamentos deberán ser suministrados en la escuela)		
Medicamentos	Dosis	Horario

Todas las medicinas, incluyendo jeringas auto-inyectoras para alergia, deberán ser facilitadas por el padre/madre/tutor.

Si un estudiante presenta una reacción como:

- **Urticaria, erupción en la piel, inflamación**
- **Vómito, calambres o dolor de estómago, diarrea**
- **Hormigueo en la boca o labios, síntomas de asma**

Llamaremos al padre/madre/tutor.

Si un estudiante muestra señales de anafilaxia:

- **Se desmaya, pierde la conciencia**
- **Tiene inflamación severa de la lengua o la garganta**

Solicitaremos el servicio médico de urgencia (*EMS*) y llamaremos al padre/madre/tutor.

The signature below authorizes the school district to share the health information on this care plan with school personnel for the safety and well being of this student.

_____ _____
Signature Date

Updated 12/29/2011