Lexington-Fayette Departamento de la Salud

DIVISIÓN DE SALUD DE ESCUELA
650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
(859) 288-2314
(859) 288-2313 Fax

PAQUETE DE LOS PADRES – EPIPEN

Estimado Padre / Guardián:

Usted nos ha informado de que su estudiante tiene una inquietud médica. Adjunto están los formularios, que deben completados tanto por el padre / tutor y el médico del estudiante. Estos formularios son necesarios para que la enfermera de la escuela que estén debidamente capacitados administrar el tratamiento médico específico o de los procedimientos. Esta información nos ayudará a trabajar con su hijo para reducir al mínimo las restricciones innecesarias, sentimientos de ser tratados de manera diferente, y posiblemente el absentismo.

Por favor, enviar una foto actual de su hijo para que el estudiante sea fácilmente identificable. Esta información será distribuido al personal apropiado de la escuela que lo necesite y puede incluir a los conductores de autobús, maestros sustitutos, personal de la cafetería, y otros que trabajan con su hijo todos los días.

Para ayudar a su estudiante, por favor, háganos saber cualquier cambio en la condición médica de su estudiante o los números de emergencia durante el día de teléfono.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la Enfermera de la Escuela.

- **Plan de Acción de Emergencia**
- **Cuestionario para Alérgicos**
- **Autorización para la Administración de Medicamentos Epi-Pen para el Médico y los Padres**
- **Formulario de Modificación de Servicios de Alimentación *(si es necesario)***

Esperamos tener a un gran año con su estudiante!

Por favor llame a el Programa de Servicios de Salud al numero de teléfono 288-2314 si usted tiene alguna pregunta.

Kentucky Familias con Alergias a los Alimentos

Estimado Padre / Guardián:

Ser el padre / tutor de un hijo que es alérgico a ciertos alimentos no es una tarea fácil! No es de extrañar que tantos padres o tutores se sienten incómodos a la hora de enviar sus hijos alérgicos a la escuela. Una planificación cuidadosa aliviar la ansiedad y ayudar a su hijo a disfrutar de una carrera escuela segura y enriquecedora. Pero, es sin duda un esfuerzo de equipo!

Su Enfermera de la Escuela le pidio que complete el paquete adjunto de las documentos para que las del Escuelas Públicas del Condado de Fayette pueda proporcionar a su hijo con un ambiente escolar seguro. Enfermeras escolares, maestros, administradores, personal de servicio de alimentos, conductores de autobuses y entrenadores son todos parte de este esfuerzo de equipo. Como padre / tutor, usted es un miembro vital de este equipo.

Adjunto encontrará una lista de comprobación de las responsabilidades para de los padres o tutores, estudiantes, enfermeras, maestros y otro personal escolar. Esta lista fue creada por de del Condado de Fayette Coordinado de Salud Escolar el Consejo, en un esfuerzo para asegurar la experiencia de la escuela lo es de mejor posible para los niños con alergias alimentarias graves.

Para obtener más información sobre alergias a los alimentos, o para conectarse con otros padres o tutores en situaciones similares, vaya a la pagina web www.foodallergy.org.

Sinceremente,

Laura Jackson
Coordinador de las Familias con Alergias a los Alimentos de Kentucky

e-mail: kyfoodallergies@insightbb.com

PONIENDO EN RIESGO VIDAS ALERGIA PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

(Este formulario se pondrá a la disposición de maestros y personal escolar apropiado.)

Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___ **/** ___ **/** ____

Escuela: _____ Profesor: _____ Grado: _____

Rider de Autobús: ☐ Si ☐ No # de Autobús: AM ___ PM ___ No viajar en el Autobús: ☐

Nombre de Padre/Guardián: _____

Dirección/Código Postal: _____

Medicó: _____ Teléfono: _____ Preferencia de Hospital: _____

Adjuntar Una Foto Del Estudiante Aquí

SIGNOS TÍPICOS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INCLUYEN:

Sistemas:	**Los síntomas:**
☛ **BOCA**	Picazón e inflamación de los labios, la lengua o la boca.
☛ **LA GARGANTA**	Picazón o una sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos.
☛ **PIEL**	Colmenas, un sarpullido o hinchazón sobre la cara o las extremidades.
☛ **INTESTINO**	Náuseas, calambres abdominales, vómitos y diarrea.
☛ **PULMONAR**	Dificultad para respirar, tos repetitiva y sibilancias.
☛ **CORAZÓN**	"Filiforme" pulso ", de pérdida del conocimiento"

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente.
Todos estos síntomas potencialmente pueden progresar a una situación que amenaza la vida!

STUDENT'S ALLERGY IS TO: _____

STUDENT'S TYPICAL REACTION: _____

STUDENT'S OTHER KNOWN ALLERGIES: _____

ACTION TO BE TAKEN:

1. If ingestion/exposure is suspected, give: _____
   Medication/Dose/Route
   _____
   Medication/Dose/Route
2. Location of Medication/Epi-Pen: _____
3. Call Rescue Squad (911) if Epi-Pen is used.
4. Call Parent/Guardian 1: – Home: _____ Work: _____ Cell: _____

   Call Parent/Guardian 2: – Home: _____ Work: _____ Cell: _____

Or call Emergency Contact from list below if unable to reach Parent/Guardian.

NO DUDE EN ADMINISTRAR ESCUADRÓN DE LA MEDICACIÓN O RESCATE DE LLAMADA, INCLUSO SI EL PADRE O TUTOR (S) NO SE PUEDE LLEGAR!

CONTACTOS DE EMERGENCIA	**EL PERSONAL CAPACITADO (uso de la escuela solamente)**
1. _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____ **2.** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____ **3.** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____	**1.** _____ **Room:**_____ **2.** _____ **Room:**_____ **3.** _____**Room:**_____

REVIEWED BY: _____ *RN DATE:* _____

MÉDICO Y PADRE / TUTOR
AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN EPIPEN DE MEDICACION

La Junta de Educación del Condado de Fayette ha adoptado un procedimiento en el que un miembro del personal de la escuela a la que asiste el estudiante le administrará una inyección o cualquier medicamento recetado en el caso de una crisis. El que suscribe entiende que el miembro del personal de la administración de la atención de lo anterior no es un profesional de salud capacitado, pero es entrenado por la enfermera escolar por la ley estatal y que este individuo se comprometen a hacer su mejor esfuerzo para cumplir con el procedimiento recomendado elaborada por la médico de estudiante en el caso de una emergencia que amenaza la vida en la que requiere una intervención inmediata por el voluntario.

El padre / tutor da su consentimientos a la intervención del miembro del personal voluntario, de conformidad con las instrucciones del médico. Además, el abajo firmante se compromete a mantener indemne ese voluntario por las lesiones resultantes de la atención de emergencia a menos que la lesión fue causada por negligencia del voluntario.

PHYSICIAN ORDER FOR EMERGENCY ACTION PLAN

To be completed by the student's Physician and returned to School Health: Confidential FAX (859) 288-2313 or by mail: Lexington-Fayette County Health Department, School Health Division, 650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508

STUDENT'S NAME: _____ **DOB:** _____

ALLERGEN: _____

STUDENT'S TYPICAL REACTION: _____

STUDENT'S OTHER KNOWN ALLERGIES: _____

ACTION TO BE TAKEN:

1. If ingestion/exposure is suspected, give: _____
   Medication/Dose/Route
   _____
   Medication/Dose/Route
2. Call Rescue Squad (911) if Epi-Pen is used.
3. Notify Parent/Guardian or Emergency Contact.

I believe this student is able to carry and administer his or her own medication at the appropriate time and in the appropriate way. This student has been instructed on the indication for medication usage and methods of administration. Please check: Yes ☐ No ☐

X _____ _____
(Physician's Signature) Date Signed

_____ _____
(Physician's Name - Printed) Telephone Number

* ***PLEASE NOTE: The School Nurse is NOT always in the school building and trains non-medical staff to administer medication. See above and below.***

PADRE O GUARDIAN DE MOTIVOS

☐ *Yo, el abajo firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba solicitar que un a* ****miembro del personal capacitado administrar*** *la medicación al estudiante con las instrucciones marcadas por el médico. Estoy de acuerdo en suministrar el medicamento prescrito necesario y me comprometo a notificar a la Enfermera de la Escuela de forma inmediata cualquier cambio. Entiendo que Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos (09.2241) están disponibles para mí uso. Firmo este declaración voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado dentro de las dos semanas siguientes a la última jornada de la escuela, o el medicamento será destruido.*

☐ *Yo, el firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba consentimiento que* *****mi hijo pueda auto-administrarse de la medicación.*** *Entiendo que Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos (09.2241) están disponibles para mí uso. Yo acuerdan liberar y mantener el personal de la escuela libre e inofensivo para cualquier reclamación, demanda o trajes por daños y perjuicios de cualquier lesión o complicación que pueda resultar de dicho tratamiento. He leído este consentimiento y entiendo todos sus términos. Lo firmo voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado.*
La enfermera de la escuela se reserva el derecho de supervisar el alumno periódicamente durante todo el año.

****Los padres y los estudiantes son responsables de tener medicamentos disponibles en la escuela.***
*****Auto-administrada medicación no siempre o supervisado por personal de la escuela.***

X _____ _____ **/** _____ **/** _____
(Firma del Padre / Tutor) Fecha

REVIEWED BY: _____ ***RN*** ***DATE:*** _____

Cuestionario de Alérgia

Ano de Escolar: 2012-2013

Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** __ / __ / _____ **Escuela:** _____

1. Alérgias: _____

2. Fecha del ultimo episodio del alérgico? ___ /___ /_____ ☐ Nunca ha tenido ningun episodio del alergico.
   ¿Qué pasó? _____

3. ¿Alergia diagnosticada por sangre o pruebas de piel? ☐ Si ☐ No Fecha: ___ /___ /_____
   Nombre del Medicó: _____

4. Ha estado el estudiante hospitalizado por un episodio alérgia? ☐ Si ☐ No Fecha: ____ / ____ / ____

5. ¿Su estudiante reacciona cuando comen el alérgeno nombrado anteriormente? ☐ Si ☐ No
   Tipo de reacción: ☐ Dolor de Estómago ☐ Picazón ☐ Ronchas ☐ Picazon de Garganta
   ☐ Tos/Silbidos ☐ Ansiedad/Agitación ☐ Labios Inflamados o Lengua
   ☐ Otro:_____

6. ¿Si el estudiante tiene una alergia alimentaria, se va a enviar el almuerzo cada día. ☐ Si ☐ No

7. ¿Su estudiante reacciona cuando tocar con (o es picadura o mordido por un insecto) si el insecto está listado como un alergeno? ☐ Si ☐ No
   Tipo de reacción: ☐ Erupción en la Piel ☐ Picazón ☐ Ronchas ☐ Picazón de Garganta
   ☐ Tos/Silbidos ☐ Ansiedad/Agitación ☐ Labios Inflamados o Lengua
   ☐ Otro:_____

8. ¿ Reacciona el estudiante cuando el estudiante huele o inhala el alérgeno mencionado anteriormente ☐ Si ☐ No
   Tipo de reacción: ☐ Dolor de estómago ☐ Picazón ☐ Ronchas ☐ Picazon de Garganta
   ☐ Tos/Sibidos ☐ Ansiedad/Agitación ☐ Labios Inflamados o Lengua
   ☐ Otro:_____

9. ¿Puede su estudiante sentarse cerca de alguien que está comiendo el alérgeno? ☐ Si ☐ No

10. ¿Su estudiante sabe lo que el alergeno se parece y cómo evitar el alérgeno? ☐ Si ☐ No

11. ¿Qué hace usted en su casa (alojamiento, restricciones en la dieta, sustituciones)? _____
    _____

12. ¿Puede su niño comer alimentos comida procesados en una instalación que también procesa el alérgeno?
    ☐ Si ☐ No

13. ¿Puede la escuela enviar una carta a la clase para notificarles acerca de la alergia de su hijo a fin de disminuir las posibilidades de que el alergeno sea traído a la escuela por un compañero de clase? ☐ Si ☐ No

14. Escriba la de Medicamento(s) que el estudiante toma para la reacción alérgica. Por favor, completar el Formulario de Autorizacion de Medicamentos adjunto si es necesario.:

Nombre del Medicamento:	Dosis:	Hora del Día:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

15. Comentarios Adicionales: _____
    _____

****

Reviewed by: _____ *RN* *Date:* _____

MODIFICACIONES EN EL SERVICIO DE ALIMENTACION

COMER Y ALIMENTACIÓN EVALUACIONES

Este formulario debe ser completado y firmado por un medico si su estudiante requiere una restricción dietética. (es decir, sin mantequilla de cacahuete, no fresas, etc.) O un sustituto de alimentos (es decir, alérgico a la leche de vaca – sustituir la leche de soja). Esto también se aplica a otro tipo de situaciones respecto a la dieta (es decir, puré de alimentos, liquidos espesados, etc.) Este formulario tiene validez para el ano escolar y debe ser completado y firmado por el doctor del estudiante para revertir un tratamiento restricción anterior (es decir, "El estudiante puede comer fresas – por favor levante la restricción." "El estudiante ya no necesita puré de alimentos – por favor levantar la restricción" etc.)

PARTE A				
Nombre del Estudiante:		**Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ____**		
Alergias:				
Nombre de la Escuela:	**Grado:**	**Aula:**		
¿Tiene el estudiante una discapacidad/necesidad especial? En caso afirmativo, lista las actividades principales que quedan afectadas en su vida diaria.			☐ **Si**	☐ **No**
¿Tiene el estudiante necesidades especiales de nutrición o alimentación especial? En caso afirmativo, completar la parte B de este formulario y firmar por un médico con licensia.			☐ **Si**	☐ **No**
SI EL ESTUDIANTE NO REQUIERE DE COMIDAS ESPECIALES, PADRES O TUTOR PUEDEN FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMULARIO Y DEVOLVER EL FORMULARIO A LA ESCUELA AL SERVICIOS DE ALIMENTOS.				
PARTE B				
Detalle las restricciones en la dieta o las dietas especiales:				
Detalle las alergias o las intolerancias de los alimentos que deben evitarse:				
Lista alimentos que su hijo puede comer en lugar:				
Lista alimentos que necesitan el siguiente cambios en la textura. Si todos los alimentos deben estar preparados de esta manera, indique "Todos." **Cortar o picar en pedazos del tamaño de un bocado.** **Finamente molido:** **Puré:**				
Lista de algun equipo especial o de los utensilios que se necesitan:				
Indique cualquier otro comentario sobre el estudiante referente a la comida o sobre los patrones de alimentación:				
Firma del Padre/Guardian: _____		**Fecha: ____ / ____ / _____**		
Firma del Medico Licensia: _____		**Fecha: ____ / ____ / _____**		

REVIEWED BY: _____ ***RN*** ***DATE:*** _____

ROLES EN LA GESTIÓN DE LOS ESTUDIANTES CON LOS ALERGIAS POTENCIALMENTE MORTALES

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES/TUTORES

- Notificar al personal de la escuela acerca de las alergias del estudiante antes de empezar el ano escolar tan pronto posible despues de un diagnostico nuevo.
- Llenar y devolver el paquete que recibió a traves del correo o enviado con su estudiante.
- Participar en el desarrollo de un plan de emergencia para su hijo con la Enfermera de la Escuela.
- Proveer una lista de comidas y/o ingredientes que se deben evitar.
- Cooperar con la escuela con el proposito de desarollar un plan para acomodar las necesidades del estudiante durante el dia escolar, incluso en la sala de clases, en el caftería, en programas despues del dia escolar, durante actividades de la escuela, y en el autobús.
- Proveer por escrito la documentación médica, instrucciones y medicamentos recetados por un médico.
- Enviar una foto actual de su estudiante con los formularios que recibió
- Proveer medicamentos correctamente etiquetados y reemplazar medicamentos después de cada uso o cuando se vencen.
- Decida si dosis adicional auto-inyectores de epinefrina se mantendrá para el estudiante en la escuela.
- Instruir a su hijo como manejar su condicion, incluso:
    - Productos seguros y no seguros
    - Estrategias para evitar el contacto con los alergenos
    - Sintomas de una reaccion alergica
    - Como y cuando avisar a un adulto que puede ser que tiene un problema alergico
    - Como leer las etiquetas de comida cuando es apropriado por su edad
- Repasar las reglas con el equipo de la escuela, el medico, y el estudiante (si es apropriado por su edad) despues de que el estudiante haya tenido una reaccion alergica.
- Proveer informacion de contactos en el evento de una emergencia.
- Proveer un documento del medico a la enfermera de la escuela si el estudiante deja de tener alergias
- Deje una bolsa de "Meriendas Seguro" en el aula de su hijo así que siempre hay algo que el estudiante puede elegir durante un evento especial.

RESPONSABILIDADES DE LA ESCUELA

- Estar bien informados y siga las leyes federales aplicables incluyendo ADA, IDEA, Sección 504 y FERPA.
- Revise los registros de salud presentadas por padre / tutor (es) y los médicos.
- Incluir estudiantes con alergias en las actividades escolares; los estudiantes no debe excluirse de las actividades escolares basado únicamente en las alergias.
- Si no impactará negativamente su progreso académico, considerar agrupar a los estudiantes con alergias similares en el mismo salón de clases para promover el apoyo mutuo y evitar alergenos comunes.
- Asegurar que todo el personal que interactúa con el estudiante regularmente informe a otros funcionarios de la escuela la situacion para eliminar el uso de alérgenos en la comida el estudiante alérgico, herramientas educativas, proyectos de Artes y incentivos.
- Coordinar con la enfermera de la escuela que los medicamentos estén adecuadamente almacenados.
- Estar preparado para manejar una reacción alérgica y asegurarse de que haya un miembro del personal disponible que esté debidamente capacitado para administrar medicamentos durante el día escolar.
- Revisar las políticas o planes de prevención con los miembros de la escuela, padres o tutores, estudiantes (edad apropiada), y el médico después de una reacción.
- Trabaje con el administrador de transporte FCPS para asegurar el entrenamiento del conductor del autobús de la escuela para que sea consciente de los síntomas y qué hacer si ocurre una reacción alérgica.
- Tome cualquier amenaza u hostigamiento en contra de un estudiante alergia muy en serio.
- Hablar acerca de paseos escolares con la familia y los estudiantes con alergias para decidir estrategias adecuadas para manejar la alergia en un viaje.

RESPONSABILIDADES DEL PROFESOR EN EL AULA

- Participar en la entrenamiento por la enfermera de la escuela que se ocupa de los estudiantes con alergias.
- Sea consciente de los alergenos que causan alergias que amenazan la vida tales como alimentos, picaduras de insectos, medicamentos, y látex y tener una copia del Plan de Emergencia del estudiante.
- Saber cómo manejar una emergencia y administrar un auto inyector de epinefrina.
- Asegurarse de que los voluntarios, maestros estudiantes, ayudantes, especialistas y maestros sustitutos se les informe de las alergias de los estudiantes y las salvaguardias necesarias.
- Dejar la información del estudiante organizado, visible y accesible para los maestros sustitutos.
- Educar a los compañeros de clase para evitar poner en peligro, aislar, estigmatizar, o acoso a los estudiantes con alergias, ser conscientes de cómo el estudiante con alergias está siendo tratada, hacer cumplir las reglas de la escuela acerca de la intimidación y las amenazas.
- Informar a los padres de los eventos de la escuela donde los alimentos serán servidos si un estudiante tiene una alergia alimentaria.
- Nunca ponga en duda o dudará en actuar si un estudiante reporta síntomas de una reacción alérgica.
- Utilice pegatinas, lápices u otros artículos no alimentarios como recompensas en lugar de alimentos para disminuir el riesgo de reacciones.

VIAJE DE CAMPO

- Notificar a la enfermera de la escuela dos semanas antes de una excursión programada, incluyendo la fecha, hora y lugar.
- Asegurarse de que la epinefrina auto-inyectores y las instrucciones se lleven a las excursiones.
- Asegúrese de que un teléfono celular que funcione sea llevado a la excursión.
- Revisar los planes de las excursiones-evitar lugares de alto riesgo.
- Sepa donde se encuentran las instalaciones médicas más cercanos.
- Invitar a los padres de un estudiante en riesgo de anafilaxis para acompañar a sus estudiantes en viajes escolares, además de una chaperona.
- Sin embargo, la seguridad del estudiante o la asistencia no debe ser condicionada a la presencia de los padres. Padre / tutor debe completar una verificación de antecedentes antes de las excursiones y asi cumplir con la Política de Escuelas Públicas del Condado.
- Pensar en formas de lavarse las manos antes y después de comer.
- Una o dos personas capacitados para reconocer los síntomas que amenazan la vida en caso de reacciones alérgicas, deben estar entrenados para usar una auto inyector de epinefrina, y entrenados en el procedimiento de emergencia.

RESPONSABILIDADES DE TRANSPORTE

- Pensar en formas de lavarse manos antes y después de comer en el viaje de campo, en los casos de alergia a los alimentos.
- Participar en entrenamientos ofrecidos por la enfermera de la escuela que se ocupa de los estudiantes con alergias.
- Sea consciente de los alergenos que causan alergias que amenazan la vida tales como alimentos, picaduras de insectos, medicamentos, látex y tener una copia del Plan de Emergencia del estudiante.
- Saber cómo manejar una emergencia y administrar un auto inyector de epinefrina.

RESPONSABILIDADES DE LA CAFETERÍA

- Lea todas las etiquetas de los alimentos y verificar rutinariamente potenciales alergias alimentarias.
- Entrenar a todo el personal de servicio de alimentos y sus suplentes, a leer las etiquetas de productos alimenticios y reconocer los alérgenos alimentarios.
- Lea y siga las buenas prácticas de manipulación de alimentos para evitar la contaminación cruzada con alérgenos alimentarios.
- Se debe seguir estrictamente el protocolo de limpieza y saneamiento para evitar la contaminación cruzada.
- Sea consciente de los alergenos que causan alergias que amenazan la vida tales como alimentos, picaduras de insectos, medicamentos, látex y saber cómo seguir el Plan de Emergencia del estudiante.
- Crear áreas específicas que estarán a salvo de alérgenos.

RESPONSABILIDADES ENFERMERA DE LA ESCUELA

- Asegurarse que el paquete de los padres alergia haya sido completado antes de la entrada del estudiante en la escuela o inmediatamente después del diagnóstico de alergia.
- Tan pronto como sea posible, notificar a el personal que entra en contacto con el estudiante con alergias - incluyendo director, maestros, especialistas, personal de servicio de alimentos, ayudas técnicas, profesor de educación física, conductor de autobús, etc.
- Entrar la condicion de la salud del estudiante en el Infinite Campus.

RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE

- No debe compartir alimentos con los demás si tiene una alergia a los alimentos.
- No debe comer nada con ingredientes desconocidos o si se sabe que contienen alérgenos.
- Aprender a ser proactivo en el cuidado y manejo de alergias y reacciones basado en su nivel de entendimiento.
- Notificar a un adulto inmediatamente si ellos comen algo que creen que puede contener el alérgeno.
- Lavarse las manos antes y después de comer si tiene una alergia alimentaria.
- Aprenda a reconocer los síntomas de una reacción alérgica.
- Conocer está el auto inyector de epinefrina y cómo localizarlo si no lo tiene con él.
- Llevar a su propia adrenalina auto-inyector (si la edad apropiada), y si el médico y los padres han completado los formularios apropiados para él / ella administrar epinefrina.

Es importante que los niños tomen más responsabilidad por sus alergias a medida que crecen y se están desarrollando. Considere enseñar a su hijo a:

1. **Comunicar el nivel de gravedad de la alergia.**
2. **Comunicar los síntomas que aparecen.**
3. **Leer las etiquetas según la edad.**
4. **Llevar su propia auto-inyector de adrenalina**
5. **Administrar su propia auto-inyector de adrenalina y ser capaces de entrenar a otros (es decir, compañeros, amigos, etc).**