



Ciclo lectivo: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud del condado de Lexington-Fayette

---

School Health  
650 Newtown Pike  
Lexington, KY 40508-1197  
(859) 288-2314  
(859) 288-2313 Fax

**INFORMACIÓN PARA PADRES – EIPEN**

Estimado padre/tutor:

Usted nos informó que su hijo tiene un problema médico. Adjuntamos a la presente formularios que deben completar usted, como padre/tutor del estudiante, y su médico. Estos formularios son necesarios para que el/la enfermero/a de la escuela o u otra persona debidamente capacitada lleve a cabo o administre el tratamiento o los procedimientos médicos específicos. Esta información nos permitirá trabajar con el estudiante para minimizar restricciones innecesarias, la sensación de trato diferencial y la posible inasistencia a clase.

Envíe una fotografía actual del estudiante para poder identificarlo fácilmente. Esta información se distribuirá al personal correspondiente de la escuela que deba conocerla, entre ellos conductores de autobuses, maestros sustitutos, personal de la cafetería y personas que trabajen a diario con el estudiante.

Para preservar la seguridad del estudiante, informe a el/la enfermero/a de la escuela de inmediato todo cambio referido a la enfermedad, el tratamiento o los números de teléfono de emergencia.

**Debe enviar a el/la enfermero/a de la escuela la siguiente información:**

- **Plan de acción ante emergencias**
- **Cuestionario sobre alergias**
- **Autorización del médico y de los padres para la medicación de EpiPen**
- **Formulario de modificación de servicios alimentarios (si es necesario)**

Esperamos que el estudiante tenga un ciclo lectivo maravilloso.

Si tiene preguntas, llame al programa de Servicios de Salud Escolar al teléfono 288-2314.



Estimado padre/tutor:

Ser el padre/tutor de un niño con alergia alimentaria no es tarea fácil. Es previsible que sienta preocupación cuando llega el momento de enviar a su hijo a la escuela. La planificación cuidadosa calmará la ansiedad y le permitirá a su hijo disfrutar de la trayectoria escolar de manera segura y enriquecedora. Sin embargo, es un esfuerzo que debe trabajarse en equipo.

El/la enfermero/a de la escuela ha pedido que complete los formularios adjuntos para que Fayette County Public Schools pueda proporcionar a su hijo un entorno escolar seguro. Los/las enfermero/as de la escuela, los maestros, el personal, los administradores, el personal de servicios alimentarios, los conductores de autobuses y los entrenadores son parte de este esfuerzo conjunto. Como padre/tutor, usted es parte fundamental del equipo.

Adjuntamos a la presente una lista de control con las responsabilidades de padres/tutores, estudiantes, enfermero/as, maestros y otro personal de la escuela. La Junta Coordinada de Salud Escolar del condado de Fayette creó esta lista con el fin de garantizar que los niños con alergias alimentarias graves tengan la mejor experiencia educativa posible.

A nivel local, puede comunicarse con otras familias que sufren de alergias alimentarias a través del grupo de apoyo de Lexington, Familias de Kentucky con Alergias Alimentarias. Mediante nuestras reuniones y nuestros mensajes de correo electrónico trimestrales ofreceremos estrategias para abordar de manera segura las alergias alimentarias. Nuestro sitio web es [KyFoodAllergies.org](http://KyFoodAllergies.org).

FARE (Investigación y Educación sobre Alergias Alimentarias) es una organización nacional sin fines de lucro que ofrece también información en [foodallergy.org](http://foodallergy.org).

Aproximadamente 1 de cada 13 niños sufre algún tipo de alergia alimentaria. Sepa que su hijo no está solo. Si trabajamos en equipo, podremos garantizar un ambiente educativo seguro para todos los estudiantes.

Atentamente,

Laura Jackson, Coordinadora

Grupo de Apoyo de Familias de Kentucky con Alergias Alimentarias

[KyFoodAllergies@gmail.com](mailto:KyFoodAllergies@gmail.com)

[KyFoodAllergies.org](http://KyFoodAllergies.org)

Ciclo lectivo: \_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS GRAVES**

(Este formulario estará a disposición de los maestros y del personal de la escuela que corresponda)

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

**Maestro:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

¿Viaja en autobús?:  Sí  No N.º de autobús: AM \_\_\_\_ PM \_\_\_\_ Sin transporte:

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Domicilio/código postal:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_ **N.º de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Hospital elegido:** \_\_\_\_\_

Colocar aquí foto del estudiante

**SÍNTOMAS TÍPICOS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA:**

**Sistemas**

✓ **BOCA:**

Picazón e hinchazón de labios, lengua o boca.

✓ **GARGANTA:**

Picazón y/o sensación de ahogo en la garganta, ronquera y tos seca.

✓ **PIEL:**

Urticaria, sarpullido con picazón y/o inflamación en el rostro o las extremidades.

✓ **INTESTINO:**

Náuseas, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea.

✓ **PULMONES:**

Falta de aire, tos crónica y/o silbido en el pecho.

✓ **CORAZÓN:**

Pulso débil, desmayos.

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. Los síntomas indicados pueden desencadenar una situación grave.

**EL ESTUDIANTE ES ALÉRGICO A:** \_\_\_\_\_

**REACCIÓN TÍPICA DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**OTRAS ALERGIAS CONOCIDAS DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**MEDIDAS A TOMAR:**

1. Si se sospecha ingesta/exposición: administrar: \_\_\_\_\_  
Medicamento/dosis/vía

\_\_\_\_\_ Medicamento/dosis/vía

2. Lugar de la medicación/EpiPen: \_\_\_\_\_

3. Llamar a Emergencias (911) si se usa EpiPen.

4. Llamar al padre/tutor 1: Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Llamar al padre/tutor 2: Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

*O llamar al contacto de emergencia de la siguiente lista si es imposible comunicarse con el padre/tutor.*

**NO DUCE EN ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO O LLAMAR A EMERGENCIAS AUNQUE NO PUEDA COMUNICARSE CON EL PADRE/TUTOR.**

CONTACTOS DE EMERGENCIA	MIEMBROS CAPACITADOS DEL PERSONAL (para uso exclusivo de la escuela)
1. _____ Relación: _____ Teléfono: _____	1. _____ Salón: _____
2. _____ Relación: _____ Teléfono: _____	2. _____ Salón: _____
3. _____ Relación: _____ Teléfono: _____	3. _____ Salón: _____

REVISADO POR: \_\_\_\_\_ (Enfermero/a matriculado/a) FECHA: \_\_\_\_\_

**SH LHD 748 INFORMACIÓN PARA PADRES – EPIPEN- PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS GRAVES**

## CUESTIONARIO SOBRE ALERGIAS

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

1. Alergias: \_\_\_\_\_

2. Fecha del último episodio alérgico del estudiante: \_\_\_\_\_

 Nunca ha tenido un episodio alérgico  Se le administró epinefrina

¿Qué sucedió: \_\_\_\_\_

3. ¿Se diagnosticó con un análisis de la piel o de sangre?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alergista: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha estado el estudiante internado por algún episodio alérgico?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_5. ¿Tiene el estudiante una reacción alérgica cuando consume el alérgeno anterior?  Sí  NoTipo de reacción:  Dolor de estómago  Picazón  Urticaria  Picazón en la garganta Tos/silbido  Ansiedad/Agitación  Inflamación en labios o lengua Otra \_\_\_\_\_

6. Si se trata de una alergia alimentaria, ¿tiene previsto enviar el almuerzo todos los días al estudiante?

 Sí  No7. ¿Tiene el estudiante alguna reacción cuando toca el alérgeno indicado anteriormente (**o es picado por un insecto**)?  Sí  NoTipo de reacción:  Erupción  Picazón  Urticaria  Picazón en la garganta Tos/silbido  Ansiedad/Agitación  Inflamación en labios o lengua Otra \_\_\_\_\_8. ¿Tiene el estudiante alguna reacción al oler o inhalar el alérgeno indicado anteriormente?  Sí  NoTipo de reacción:  Dolor de estómago  Picazón  Urticaria  Picazón en la garganta Tos/silbido  Ansiedad/Agitación  Inflamación en labios o lengua Otra \_\_\_\_\_9. ¿Puede el estudiante sentarse cerca de alguien que consuma el alérgeno?  Sí  No10. ¿Conoce el estudiante la apariencia del alérgeno y sabe cómo evitarlo?  Sí  No

11. ¿Qué hace usted en el hogar (acomodaciones, restricciones alimentarias, sustituciones)?

12. ¿Puede el estudiante consumir alimentos procesados en el mismo lugar donde se procesa el alérgeno?  Sí  No13. ¿Puede la escuela enviar una carta al hogar de los compañeros del estudiante para informar a la clase sobre su alergia y así reducir las posibilidades de que algún compañero lleve el alérgeno a la escuela?  Sí  No

14. Indique los medicamentos que el estudiante toma para las reacciones alérgicas. Adjunte el formulario de autorización para medicamentos si es necesario.\*

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Otros comentarios: \_\_\_\_\_

REVISADO POR: \_\_\_\_\_ (Enfermero/a matriculado/a) FECHA: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Ciclo lectivo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO Y DEL PADRE/TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO  
EPIPEN**

La Junta de Educación del condado de Fayette ha adoptado un procedimiento mediante el que cualquier miembro del personal de la escuela a la que asiste el estudiante puede administrar una inyección o un medicamento prescritos en caso de crisis. El que suscribe entiende que el miembro del personal que presta los cuidados antes mencionados no es un profesional de la salud pero sí está capacitado por el/la enfermero/a de la escuela de conformidad con la legislación estatal. Además, este individuo se esforzará por cumplir con el procedimiento recomendado e indicado por el médico del estudiante en caso de emergencia grave que requiera la intervención inmediata del voluntario.

El padre/tutor abajo firmante por el presente autoriza la intervención del miembro del personal voluntario de conformidad con las indicaciones del médico y también acuerda mantenerlo indemne contra toda lesión derivada del cuidado de emergencia, excepto que dicha lesión fuera provocada por la negligencia del voluntario.

**INDICACIÓN DEL MÉDICO PARA EL PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA**

Debe completarlo el médico del estudiante y enviarlo a Salud Escolar: Información confidencial, por FAX al número (859) 288-2313 o por correo postal al domicilio: Lexington-Fayette County Health Department, School Health Division, 650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**ALÉRGENO:** \_\_\_\_\_

**REACCIÓN TÍPICA DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**OTRAS ALERGIAS CONOCIDAS DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**MEDIDAS A TOMAR:**

1. Si se sospecha ingesta/exposición: administrar: \_\_\_\_\_

Medicamento/dosis/vía

\_\_\_\_\_

Medicamento/dosis/vía

2. Llamar a Emergencias (911) si se usa EpiPen.

3. Informar al padre/tutor o al contacto de emergencia.

Creo que este estudiante puede llevar y administrarse su propio medicamento en el horario y de la manera que corresponde. Se le han informado las indicaciones referidas al uso y los métodos de administración del medicamento. Marque:  Sí  No

X \_\_\_\_\_  
(Firma del médico) Fecha

\_\_\_\_\_  
(Nombre del médico) Número de teléfono

**\*IMPORTANTE: el/la enfermero/a de la escuela NO está siempre en el edificio y capacita al personal no médico a administrar el medicamento. Lea la información que aparece más arriba y a continuación.**

**DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Yo, el que suscribe, padre/tutor de \_\_\_\_\_, **solicito que un miembro capacitado del personal administre** el medicamento antes mencionado al estudiante según las indicaciones. Acepto proporcionar el medicamento prescrito correspondiente e informar cualquier cambio de inmediato a el/la enfermero/a de la escuela. Entiendo que las políticas y los procedimientos sobre medicamentos de la Junta de Educación del condado de Fayette (09.2241) están a mi disposición para consultarlos. Firmo voluntariamente esta declaración con total conocimiento de su significado. Acuerdo recoger los medicamentos no utilizados dentro de las dos semanas posteriores al último día del ciclo lectivo; de lo contrario, se los destruirá.

Yo, el que suscribe, padre/tutor de \_\_\_\_\_ **autorizo a que \*\*el estudiante se administre por sí solo** los medicamentos antes mencionados. Entiendo que las políticas y los procedimientos sobre medicamentos de la Junta de Educación del condado de Fayette (09.2241) están a mi disposición para consultarlos. Por la presente, acuerdo liberar de toda responsabilidad y mantener indemne al personal de la escuela contra todo reclamo, demanda o daños y perjuicios derivados de lesiones o complicaciones producidas por dicho tratamiento. He leído esta autorización y la comprendo en su totalidad. Firmo voluntariamente esta declaración con total conocimiento de su significado. **El/la enfermero/a de la escuela se reserva el derecho de supervisar periódicamente al estudiante durante el año.**

**\* El padre/estudiante debe poner a disposición de la escuela los medicamentos.**

**\*\* El personal de la escuela no proporciona ni administra el medicamento si el estudiante puede administrarlo por sí solo.**

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor) Fecha

REVISADO POR: \_\_\_\_\_ (Enfermero/a matriculado/a) FECHA: \_\_\_\_\_

**MODIFICACIÓN DE SERVICIOS ALIMENTARIOS**  
EVALUACIÓN DE COMIDAS Y ALIMENTACIÓN

Si el estudiante tiene restricciones alimentarias, el médico debe completar y firmar este formulario.

Algunas de las restricciones pueden ser no comer mantequilla de maní, fresas, etc. o indicarse alimentos sustitutos (es decir, es alérgico a la leche de vaca y debe sustituirse por leche de soya). También se refiere a otras acomodaciones alimentarias (como por ejemplo alimentos procesados, líquidos espesos, etc.).

El médico del estudiante debe completar y firmar este formulario para anular acomodaciones anteriores (por ejemplo, "El estudiante no tiene más prohibidas las fresas, levantar la restricción" o "No es necesario que el estudiante siga consumiendo alimentos procesados, levantar la restricción", etc.). Cuando el formulario está en archivo, será válido hasta que se presente uno nuevo.

PARTE A		
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Alergias:		
Nombre de la escuela:	Grado:	Salón de clase:
¿Tiene el estudiante una discapacidad o necesidad especial? Si la respuesta es afirmativa, describa las actividades diarias fundamentales que se ven afectadas.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Si la respuesta es afirmativa, complete la Parte B de este formulario y pídale a un médico matriculado que la firme.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>SI EL ESTUDIANTE NO NECESITA COMIDAS ESPECIALES, EL PADRE/TUTOR PUEDE FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMULARIO Y DEVOLVERLO A SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN DE LA ESCUELA.</i>		
PARTE B		
Enumere las restricciones/alergias alimentarias o la dieta especial: _____		
Alimentos a EVITAR: <input type="checkbox"/> Leche líquida <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogur <input type="checkbox"/> Alimentos/recetas con leche o productos lácteos como ingrediente <input type="checkbox"/> Huevos enteros (revueltos, duros) <input type="checkbox"/> Alimentos/recetas con huevos como ingrediente <input type="checkbox"/> Trigo/gluten <input type="checkbox"/> Salvado de avena <input type="checkbox"/> Cacahuete <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Trigo entero (mazorca de maíz, chips de tortilla, pastelitos de maíz, palomitas) <input type="checkbox"/> Recetas/alimentos SIN maíz como ingrediente (jarabe de maíz, harina de maíz) <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Otros: _____ Para obtener información sobre nutrición/ingredientes de comidas de FCPS, visite <a href="http://www.fayette.nutrislice.com">www.fayette.nutrislice.com</a>		
Detalle los alimentos que deben evitarse por motivos religiosos** <input type="checkbox"/> Cerdo <input type="checkbox"/> Gelatina **Los motivos religiosos no necesitan contar con la firma de un médico.		
<input type="checkbox"/> Intolerancia a alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Evitar tintes rojas <input type="checkbox"/> Evitar la lactosa		
Alimentos a sustituir: _____ <input type="checkbox"/> No se necesitan sustitutos Sustituir con <input type="checkbox"/> Sin lactosa <input type="checkbox"/> Sin soya <input type="checkbox"/> Sun Butter		
Modificación de texturas	Líquidos: <input type="checkbox"/> Poco espesos (líquidos regulares) <input type="checkbox"/> Espesos tipo néctar <input type="checkbox"/> Espesos tipo miel <input type="checkbox"/> Espesos tipo pudín	Sólidos: <input type="checkbox"/> Alimentos grandes cortados en tamaños de bocados <input type="checkbox"/> Mecánico suave (picado) <input type="checkbox"/> Mecánico suave (molido) <input type="checkbox"/> Procesado (textura similar a la compota de manzana)
Enumere los equipos o utensilios especiales necesarios:		
Incluya otros comentarios sobre los patrones de alimentación del estudiante:		
¿Qué comidas consumirá el estudiante en la cafetería? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Ninguno (traerá los		

<b>alimentos del hogar)</b>	
<b>Firma del padre/tutor:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<b>Firma del médico:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____

REVISADO POR: \_\_\_\_\_ (Enfermero/a matriculado/a) FECHA: \_\_\_\_\_

## **FUNCIONES EN EL ABORDAJE DE ESTUDIANTES CON ALERGIAS GRAVES**

### **RESPONSABILIDADES DEL PADRE/TUTOR**

- Informar a la escuela las alergias del estudiante antes del inicio del ciclo lectivo. Completar y entregar la información enviada en el mensaje O lo antes posible después de un diagnóstico nuevo.
- Participar en el desarrollo de planes de emergencia para el estudiante con el/la enfermero/a de la escuela.
- Proporcionar una lista de alimentos e ingredientes que deben evitarse.
- Trabajar con el equipo de la escuela para crear un plan que satisfaga las necesidades del estudiante en la escuela, incluso en el salón de clase, en la cafetería, en los programas posteriores al alta, durante las actividades patrocinadas por la escuela y en el autobús escolar.
- Proporcionar documentación médica escrita, instrucciones y medicamentos indicados por el médico.
- Adjuntar una fotografía actual del estudiante en los formularios enviados en el correo.
- Proporcionar medicamentos claramente etiquetados y reemplazarlos después del uso o cuando estén vencidos.
- Decidir si se mantendrán en la escuela más autoinyectores de epinefrina para el estudiante.
- Educar al estudiante en el manejo independiente de sus alergias alimentarias, incluso:
  - Alimentos seguros e inseguros
  - Estrategias para evitar la exposición a alimentos inseguros
  - Síntomas de las reacciones alérgicas
  - Cómo y cuándo informar a un adulto que puede estar sufriendo un problema relacionado con una alergia
  - Cómo leer las etiquetas de los alimentos (según la edad)
  - Leer las políticas y los procedimientos con el personal de la escuela, el médico del estudiante y el estudiante (si corresponde a su edad) después de una reacción.
- Proporcionar información de contacto de emergencia e informar de inmediato a la escuela cualquier cambio en dicha información.
- Entregar a el/la enfermero/a de la escuela la declaración del médico si el estudiante ya no sufre de alergia.
- Colocar una etiqueta con la leyenda "Refrigerios seguros" en la bolsa en el salón de clase del estudiante para que este siempre tenga algo disponible en caso de que surja algún imprevisto.

### **RESPONSABILIDADES DE LA ESCUELA**

- Conocer y seguir las leyes federales relevantes, incluso ADA, IDEA, el artículo 504 y FERPA.
- Revisar los registros de salud entregados por el padre/tutor y los médicos.
- Incluir a los estudiantes alérgicos a alimentos en las actividades escolares. No debe excluirse a los estudiantes de las actividades escolares exclusivamente por sus alergias alimentarias.
- Si no afecta negativamente su progreso académico, considerar agrupar a los estudiantes con alergias similares en el mismo salón de clase para promover el apoyo entre compañeros y evitar alérgenos comunes.
- Garantizar que el personal que interactúa con el estudiante en forma periódica comprenda la alergia a los alimentos, reconozca sus síntomas, sepa qué hacer en caso de emergencia y trabaje con el resto del personal de la escuela para eliminar el uso de alérgenos alimentarios en las comidas, las herramientas educativas, los proyectos de arte o los incentivos del estudiante.
- Estar preparados para manejar una reacción y garantizar que siempre haya un miembro del personal debidamente capacitado a disposición para administrar los medicamentos durante la jornada escolar.

- Revisar las políticas y los planes de prevención con los miembros clave del equipo, el padre/tutor, el estudiante (si corresponde a la edad) y el médico después de una reacción.
- Trabajar con el administrador del transporte del distrito para garantizar que el conductor del autobús escolar esté capacitado en el reconocimiento de los síntomas y las acciones a tomar en caso de que ocurra una reacción.
- Abordar con seriedad las amenazas o el acoso contra estudiantes alérgicos.
- Discutir los viajes de estudios con la familia y el estudiante alérgico a alimentos para decidir estrategias apropiadas para abordar la alergia alimentaria.

#### **RESPONSABILIDADES DEL MAESTRO DEL SALÓN DE CLASE**

- Participar de las capacitaciones continuas que ofrezca el/la enfermero/a de la escuela referidas al estudiante con alergia alimentaria.
- Conocer los alérgenos que pueden provocar alergias graves, como alimentos, picaduras de insectos, medicamentos, látex, etc. y tener una copia del plan de emergencia del estudiante.
- Saber cómo abordar una emergencia y administrar el autoinyector de epinefrina.
- Garantizar que los voluntarios, los maestros del estudiante, los ayudantes, los especialistas y los maestros sustitutos conozcan las alergias del estudiante y los mecanismos de protección necesarios.
- Dejar información en formato organizado, destacado y accesible a los maestros sustitutos.
- Educar a los compañeros de clase para evitar que pongan en peligro, aislen, estigmaticen o acosen a los estudiantes con alergias alimentarias. Conocer la forma en que se tratan las alergias alimentarias del estudiante y aplicar reglas escolares para evitar el acoso y las amenazas.
- Informar a los padres de eventos escolares donde se sirvan alimentos.
- Nunca cuestionar ni dudar en actuar si un estudiante presenta síntomas de reacción alérgica.
- Usar etiquetas autoadhesivas, lápices y otros elementos no comestibles como recompensa, en lugar de alimentos, para reducir el riesgo de que ocurran reacciones.

#### **VIAJES DE ESTUDIO**

- Informar a el/la enfermero/a de la escuela dos semanas antes de un viaje de estudio programado e incluir la fecha, la hora y el lugar.
- Asegurarse de que en los viajes de estudio se lleven los autoinyectores de epinefrina y sus instrucciones.
- Asegurarse de llevar al viaje de estudio un teléfono celular en funcionamiento o cualquier otro dispositivo de comunicación.
- Revisar los planes de los viajes de estudio y evitar los lugares de alto riesgo.
- Conocer la ubicación de las instalaciones médicas más cercanas.
- Invitar a los padres de los estudiantes en riesgo por anafilaxis a que vayan con sus hijos en los viajes de estudio, además de contar con un acompañante. Sin embargo, la seguridad o asistencia del estudiante no debe verse condicionada por la presencia de sus padres. El padre/tutor debe completar un certificado de antecedentes antes del viaje de estudio de conformidad con la política de Fayette County Public School.
- Considerar maneras de lavarse las manos antes y después de comer.
- Una o dos personas que vayan al viaje de estudio deben estar capacitadas para reconocer los síntomas de las reacciones alérgicas graves, para usar autoinyectores de epinefrina y para practicar procedimientos de emergencia.

#### **RESPONSABILIDADES REFERIDAS AL TRANSPORTE**

- Considerar formas de lavarse las manos antes y después de comer.
- Participar de las capacitaciones continuas dictadas por el/la enfermero/a de la escuela referidas al estudiante con alergia alimentaria.

- Conocer los alérgenos que causan alergias graves, 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 el autoinyector de epinefrina.

#### **RESPONSABILIDADES DE LA CAFETERÍA**

- Leer todas las etiquetas y volver a revisar de manera periódica las posibles alergias alimentarias.
- Capacitar al personal encargado del servicio de alimentos y sus sustitutos para que lean las etiquetas de los alimentos y reconozcan los alérgenos alimenticios.
- Revisar y seguir prácticas seguras para la manipulación de alimentos y así evitar la contaminación cruzada con posibles alérgenos alimentarios.
- Seguir estrictamente los protocolos de limpieza y desinfección para evitar la contaminación cruzada.
- Saber qué estudiantes tienen alergias alimentarias, reconocer reacciones alérgicas a los alimentos y seguir el plan de cuidados de emergencia.
- Crear áreas específicas libres de alérgenos.

#### **RESPONSABILIDADES DE EL/LA ENFERMERO/A DE LA ESCUELA**

- Antes de ingresar a la escuela o inmediatamente después del diagnóstico, crear un plan de emergencia para el estudiante.
- Garantizar que el plan de emergencia incluya el nombre del estudiante, los alérgenos, los síntomas de las reacciones alérgicas, los procedimientos de emergencia y las firmas obligatorias. Dar a conocer esta información a los maestros cuando la escuela abra, en lo posible.
- Preferentemente antes del inicio del ciclo lectivo, notificar al personal que estará en contacto con el estudiante que sufre de alergia, entre ellos director, maestros, especialistas, personal del servicio de comidas, ayudantes, maestro de educación física, conductor del autobús, etc.
- Capacitar a dos empleados de oficina en la administración de medicamentos de emergencia antes del inicio del ciclo lectivo y a otros miembros del personal en el período de un mes después del inicio de clases.
- Colocar una alerta médica en Infinite Campus.
- Proporcionar información sobre los estudiantes con alergias graves a todo el personal que deba conocerla (incluso conductores de autobús).
- Realizar capacitaciones continuas y educar al personal correspondiente en los alérgenos graves del estudiante, los síntomas, los procedimientos de minimización de riesgos, los procedimientos de emergencia y la forma de administrar el autoinyector de epinefrina.
- Documentar los nombres del personal de la escuela que haya recibido la capacitación.

#### **RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE**

- No intercambiar alimentos con otras personas si tiene alguna alergia alimentaria.
- No comer nada que contenga ingredientes desconocidos o que puedan contener un alérgeno si sufre de alergia alimentaria.
- Ser proactivo en términos de cuidados y manejo de la alergia alimentaria y sus reacciones según el nivel de desarrollo.
- Informar a un adulto de inmediato si come algo que, en su opinión, contiene alimentos a los que es alérgico.
- Lavarse las manos antes y después de comer.
- Aprender a reconocer los síntomas de una reacción alérgica.
- Conocer el lugar donde se guarda el autoinyector de epinefrina y la forma de acceder a él si no lo lleva consigo.

- Llevar su propio autoinyector de epinefrina si la edad lo permite y si el médico y los padres han completado los formularios correspondientes que le permiten llevar consigo y administrarse la epinefrina.

**Es importante que los niños adopten una actitud responsable en relación con sus alergias alimentarias a medida que crecen y poseen el desarrollo apropiado. Se les debe enseñar a:**

- Comunicar la gravedad de la alergia.
- Comunicar los síntomas que aparecen.
- Leer etiquetas.
- Llevar consigo el autoinyector de epinefrina.
- Administrarse el autoinyector de epinefrina y poder enseñarle a otras personas (es decir, compañeros, amigos, etc.) a usarlo.