

# Trinity Basin Preparatory Severe Allergy Emergency Action Plan

School Year \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Place Picture Here

**ALLERGY TO:** \_\_\_\_\_

Asthmatic?     Yes\*     No \*Higher risk for severe reaction

## Step 1: Treatment

| Symptoms:   | Give Checked                         |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| (To be determined by the physician authorizing treatment)                       |                                      |  |  |
| If a food allergen has been ingested but <i>no symptoms</i> :                   | <input type="checkbox"/> Observe     | <input type="checkbox"/> Epinephrine   | <input type="checkbox"/> Antihistamine |
| <b>Mouth</b> Itching, tingling or swelling of lips, tongue, mouth               | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Skin</b> Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities              | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Gut</b> Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea                         | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Throat*</b> Tightening of throat, hoarseness, hacking cough                  | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Lung*</b> Shortness of breath, repetitive cough, wheezing                    | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Heart*</b> Weak, thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>Other*</b> _____   | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |
| <b>If Reaction is progressing (several of the above areas affected), give:</b>  | <input type="checkbox"/> Epinephrine | <input type="checkbox"/> Antihistamine |  |

**\*Potentially life threatening. The severity of the symptoms can change quickly.**

Monitor for side effects of epinephrine injection: nervousness, palpitations, fast heart rate, sweating, tremor, anxiety, dizziness, headache, nausea, vomiting, or weakness.

### DOSAGE

**Epinephrine:** inject intramuscularly     EpiPen®     EpiPen Jr.®  
 Twinject™ 0.3mg     Twinject™ 0.15 mg

Give second epinephrine dose after \_\_\_\_\_ minutes if no improvement and EMS has not arrived.

**Antihistamine:** give \_\_\_\_\_  
(medication / dose / route)

**Other:** \_\_\_\_\_  
(medication / dose / route)

## Step 2: Emergency Contacts

1. Call 911. State that an allergic reaction has been treated and additional epinephrine may be needed.
2. Emergency Contacts:

|   | Name  | Phone # | Relationship |
|---|-------|---------|--------------|
| a | _____ | _____   | _____        |
| b | _____ | _____   | _____        |
| c | _____ | _____   | _____        |
| d | _____ | _____   | _____        |

**Even if parent/guardian cannot be reached, do not hesitate to medicate or take the student to a medical facility!**

**Physician Designation of Rescue Drug**

I have prescribed an EpiPen/Twinject for the student named here for use on an as needed basis. In recognition of the possible need to promptly administer this drug while in attendance at Trinity Basin Preparatory, when a trained medical professional may not be available, I acknowledge that circumstances may arise in which unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to emergency medical personnel, a physician and / or a registered nurse, may need to administer an EpiPen/Twinject to the named student.

I agree /  I do not agree (check one)    Physician Initials     Parent Initials

**Physician Consent for Self Administration of EpiPen/Twinject**

I have instructed the student named here in the proper way to use his/her EpiPen/Twinject. It is my professional opinion that this student  should /  should not (check one) be allowed to carry and self-administer his/her EpiPen/Twinject while on school property or at school-related events.    Physician Initials

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

.....

**Background Information (Completed by parent or physician)**

Please describe the circumstances under which you became aware that your child has a severe allergy to the substance listed on the front. (e.g. Reaction after ingestion, sting or exposure to allergen, allergy skin testing, etc.) Describe your child's reaction.

\_\_\_\_\_

Has the student ever experienced a life threatening reaction in the past that required emergency room care or hospitalization? What care was needed at that time?

\_\_\_\_\_

.....

**Parent Consent for Self Administration of EpiPen/Twinject**

I, the parent of the student named here,  do /  do not (check one) agree with his/her physician to allow my child to carry his/her EpiPen/Twinject. If my child carries her/her own EpiPen/Twinject, I realize that the school clinic will not have his/her personal EpiPen/Twinject unless I supply the school with an extra one in case my child forgets his/hers. I understand that the school clinic aide will also assess my child's knowledge and ability to identify symptoms and self-administer epinephrine.    Parent Initials

**Parent/Guardian Consent for Unlicensed Assistive Personnel to Administer EpiPen/Twinject**

I  do /  do not (check one) authorize the District to designate unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to, emergency medical personnel, a physician and/or a registered nurse to administer EpiPen/Twinject to my child while in attendance at Trinity Basin Preparatory or school related events (such as field trips and athletic events), when a trained medical professional may not be available. I understand that school related health services may not be provided to my student without my required consent, as outlined herein.    Parent initials

**Parent/Guardian Authorization for School Staff to Communicate Health Information**

*I authorize the District's designees, including District medical professionals and UAPs, to share/obtain my student's health related information with the medical health professional or health care provider identified above to plan, implement or clarify actions necessary in the administration of school related health services such as but not limited to: emergency care, care for any documented*

diagnosis, medical treatments as outlined in a student's IHP, 504 plan, IEP, or other TBP form requesting for school health care services. By signing this Authorization, I readily acknowledge that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by designees authorized herein and the person(s) with whom they communicate, and no longer be protected by the HIPAA rules. I realize that such re-disclosure might be improper, cause me embarrassment, cause family strife, be misinterpreted by non-health care professionals, and otherwise cause me and my family various forms of injury. I hereby release any Health Care Provider that acts in reliance on this Authorization from any liability that may accrue from releasing my child's Individually Identifiable Health Information. School-related health services described herein shall not be provided to a student without the required consent of the parent/guardian, as outlined herein.

Parent initials

### **Parent/Guardian Release of Claims Against District and Agreement to Indemnify**

To the extent permitted under the law, on behalf of myself and the student, I release and agree to defend, indemnify, and hold harmless the District for all claims, damages, demands, or actions arising from, relating to or growing out of, directly or indirectly, the administration of EpiPen/Twinject to the student and/or Student's self-administration of the EpiPen/Twinject. This release is to be construed as broadly as possible. It includes a release of claims against the District for its, joint or singular, sole or contributory, negligence or strict liability, including liability arising from the alleged violation of any statute (other than those which protect against discrimination based on race, age, sex, or other classification which has experienced historical discrimination), growing out of, relating to, or arising out of, directly or indirectly, the School Staff's administration of EpiPen/Twinject to the student, Student's self-administration of EpiPen/Twinject, or the disclosure of the student's Individually Identifiable Health Information, including *but not limited to* claims that School Staff failed to properly and sufficiently assess my child's knowledge and ability to identify symptoms and self-administer his/her administration of EpiPen/Twinject, negligently failed to recognize symptoms requiring the use of EpiPen/Twinject(s), misconstrued symptoms which it believed necessitated the use of EpiPen/Twinject(s), administered or failed to administer EpiPen/Twinject(s), and/or "overdisclosed" my child's health information.

Parent's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Preparatoria Trinity Basin**  
**Plan de Acción para Urgencias de reacción alérgica severa**

Año escolar \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ F. de nacimiento \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_

Apegar la  
fotografía aquí

**ALERGIA A:** \_\_\_\_\_

¿Es asmático?  Sí\* \_\_\_  No \_\_\_\_\_ \* Riesgo más alto de reacción severa

**Paso 1: Tratamiento**

| Síntomas:   | Aplique lo señalado                                     |                                     |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
|   | (Determinado por el médico que autoriza el tratamiento) |                                     |  |
| Si ha ingerido un alérgeno alimenticio pero <i>no hay síntomas</i> :              | <input type="checkbox"/> Observar                       | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Boca</b> Picazón, comezón, o hinchazón de los labios, la lengua, la boca       | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Piel</b> Urticaria, sarpullido que pica, hinchazón de la cara o                | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Intestinos</b> Náusea, cólico abdominal, vómitos, diarrea                      | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Garganta*</b> Tensión de la garganta, ronquera, tos seca                       | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Pulmón*</b> Falta de aliento, tos repetitiva, sibilancia                       | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Corazón*</b> Pulso débil, filiforme, presión sanguínea baja, desmayo, palidez, | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Otro*</b> _____  | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Si la Reacción avanza (con varias de las áreas anteriores afectadas),</b>      | <input type="checkbox"/> Epinefrina                     | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

**\*Posible riesgo vital. La severidad de los síntomas puede cambiar rápidamente.**

Monitoree los efectos secundarios de la inyección de epinefrina: nerviosismo, palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado, sudores, temblores, ansiedad, mareo, dolor de cabeza, náusea, vómitos, o debilidad.

**DOSIS**

**Epinefrina:** inyección intramuscular  EpiPen®  EpiPen Jr.®  
 TwinjectTM 0.3mg  TwinjectTM 0.15 mg

Aplique una segunda dosis de epinefrina a los \_\_\_\_\_ minutos si no hay mejora y no llega el servicio médico urgente.

**Antihistamínico:** \_\_\_\_\_  
 (medicamento / dosis / vía)

**Otro:** \_\_\_\_\_  
 (medicamento / dosis / vía)

**Paso 2: Contactos de urgencia**

- Llame al 911. Indique que se ha dado tratamiento por una reacción alérgica y es posible que se necesite epinefrina adicional.
- Contactos de urgencia:

|   | Nombre | # Teléfono | Parentesco |
|---|--------|------------|------------|
| f | _____  | _____      | _____      |
| g | _____  | _____      | _____      |
| h | _____  | _____      | _____      |
| i | _____  | _____      | _____      |

**Aún si no es posible comunicarse con un padre/tutor, ino vacile en aplicar el medicamento o llevar al alumno a un centro médico!**

**Designación médica de medicamento de rescate**

He recetado un EpiPen/Twinject para el alumno en referencia, para uso según sea necesario. En reconocimiento de la posible necesidad de aplicar este medicamento mientras esté presente en la Escuela Preparatoria Trinity Basin, cuando podría no estar disponible un profesional médico entrenado, reconozco que es posible que se presenten circunstancias en que personal de asistencia no certificado (UAP), que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo, entre otros, el personal de urgencias médicas, un doctor y/o enfermera acreditada, podría verse obligado a aplicar un EpiPen/Twinject al alumno mencionado.

De acuerdo /  En desacuerdo (señale uno)      Iniciales del médico  Iniciales del padre

**Consentimiento del Médico para la Auto Aplicación del EpiPen/Twinject**

He explicado al alumno aquí nombrado la manera correcta de usar su EpiPen/Twinject. Es mi opinión profesional que  **sí se debe** /  **no se debe** (señale uno) permitir al alumno llevar y autoaplicarse el(los) medicamento(s) recetado(s) anterior(es), mientras esté en la propiedad escolar o en eventos relacionados con la escuela.

Iniciales del médico

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

.....

**Historial (Rellenado por el padre de familia o médico)**

Favor de describir las circunstancias bajo las cuales se enteró que su hijo tenía una alergia severa a la sustancia que se indica en la parte de adelante. (ejemplo: reacción después de la ingestión, una picadura o exposición al alérgeno, prueba de alérgenos en la piel, etc.) Describa la reacción de su hijo.

\_\_\_\_\_

El alumno ¿alguna vez en el pasado ha sufrido una reacción con riesgo vital donde era necesario tratarlo en la sala de urgencia o admitirlo al hospital? ¿Qué tratamiento fue necesario en esa ocasión?

\_\_\_\_\_

.....

**Consentimiento del padre de familia para la Auto Aplicación del EpiPen/Twinject**

Yo, el padre/madre/tutor del alumno en referencia,  **estoy de acuerdo** /  **no estoy de acuerdo** (señale uno) con su doctor en permitir a mi hijo llevar su EpiPen/Twinject consigo. Si mi hijo lleva su propio EpiPen/Twinject, entiendo que la clínica escolar no tendrá su EpiPen/Twinject personal a menos que yo provea a la escuela uno adicional, por si acaso se olvida mi hijo el suyo. Entiendo que el auxiliar de la clínica escolar también evaluará el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y auto administrar la epinefrina. **Iniciales del padre de familia**

**Consentimiento del Padre de familia/Tutor para que Personal Auxiliar No Acreditado aplique el EpiPen/Twinject**

Yo  **sí** /  **no** (señale uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que administre a mi hijo su EpiPen/Twinject mientras esté presente en la Escuela Preparatoria Trinity Basin o en eventos relacionados (como paseos escolares o eventos deportivos), cuando podría no estar disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que es posible que no se provea a mi alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre de familia**

**Autorización del padre de familia/tutor para que el Personal Escolar Comuniquen los Datos Médicos**

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamiento médico según lo*

desglosado en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de TBP solicitados para prestar servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser indebida, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mi y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exoneró a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí. **Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_

### **Exoneración del Padre /Tutor de Reclamaciones contra el Distrito y Acuerdo de Mantener Indemne**

Hasta donde permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o tiene origen en de la administración al alumno del EpiPen/Twinject y/o la autoadministración por el alumno del EpiPen/Twinject. Debe interpretarse esta exoneración de la forma más amplia posible. Incluye una exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo alguna responsabilidad que resulta de la infracción supuesta de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, se relaciona con, o surge de, sea directa o indirectamente, la aplicación al alumno del Medicamento para Asma por parte del Personal Escolar y/o la autoaplicación de alumno del Medicamento para Asma, o la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables incluyendo, *entre otras*, acusaciones de que el Personal Escolar no evaluó correcta y suficientemente el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar su Medicamento para Asma, por negligencia no reconoció las síntomas que requieren el uso del Medicamento para Asma, interpretó mal las síntomas que creía obligar el uso del Medicamento para Asma, por negligencia aplicó o no aplicó el Medicamento para Asma, o "sobre divulgó" los datos de salud de mi hijo.

**Nombre el padre de familia** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma del padre de familia** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_