

STUDENT ALLERGY INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DEL ESTUDIANTE

(Medically Confidential Material)
 (Información médica confidencial)

Place Student's
 Picture Here

PLEASE PRINT: *Escriba en letra de molde:*

Student Name: *Nombre del estudiante:* _____ **Date of Birth:** *Fecha de nacimiento:* _____
Teacher Name: *Nombre del maestro:* _____ **Grade:** *Grado:* _____

ATTACH COPY OF STUDENT EMERGENCY CARD FOR ADDITIONAL INFORMATION
PARA MAYOR INFORMACIÓN, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

ALLERGY: *an acquired hypersensitivity to a substance that does not normally cause a reaction.*
ALERGIA: Es una hipersensibilidad adquirida a una sustancia que normalmente no causa una reacción.

Identify your child's allergen (specific foods, plants, grasses, insect stings/bites): _____
Identifique el alérgeno de su hijo(a) (alimentos específicos, plantas, césped, picaduras/mordeduras de insectos):

Does your child have asthma/RAD? **Yes** *Sí* * **No** *No* **NOTE:** * represents a high risk for severe reaction.
¿ Su niño tiene asma?/RAD (Enfermedad reactiva de las vías respiratorias) **NOTA:** * representa un alto riesgo de reacción grave.

Signs and symptoms associated with your child's allergic reaction: (Circle all that apply)
Signos y síntomas asociados con la reacción alérgica de su hijo(a): (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

- **Mouth** Itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth • *Boca* *Picazón, hormigueo o inflamación de los labios, lengua, boca*
- **Skin** Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities • *Piel* *Urticaria, brote con picazón, inflamación de la cara o extremidades*
- **Stomach** Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea • *Estómago* *Náusea, cólicos abdominales, vómito, diarrea*
- **Throat **** Tightening of throat, hoarseness, hacking cough • *Garganta*** *Siente que se le cierra la garganta, ronquera, tos seca*
- **Lung **** Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing • *Pulmones*** *Dificultad para respirar, tos continua, jadeo*
- **Heart **** Thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness • *Corazón*** *Pulso débil, presión arterial baja, desmayo, se pone pálido, morado o azul*

NOTE: The severity of symptoms can quickly change. ** Symptoms can potentially progress to a life-threatening situation.
NOTA: La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. ** Los síntomas pueden potencialmente progresar a una situación que ponga la vida en peligro.

Procedure for allergic reaction: *Procedimientos a seguir en presencia de una reacción alérgica:*

1. If an ALLERGIC REACTION is suspected, administer the following immediately!
Si se sospecha una REACCIÓN ALÉRGICA, inmediatamente administre lo siguiente:

MEDICATION <i>Medicamento</i>	DOSAGE <i>Dosis</i>	ROUTE <i>Vía</i>
Ingestion: <i>Ingestión:</i> _____		
Contact: <i>Contacto:</i> _____		
Insect Sting/Bite: <i>Picadura/mordedura de insecto:</i> _____		

2. CALL: RESCUE SQUAD (911) and notify that the call is being made for an allergic reaction.
LLAMAR AL SISTEMA MÉDICO DE EMERGENCIA (911) e informarles que la llamada se hace por motivo de una reacción alérgica.

3. CALL: Mother Phone: _____ Father Phone: _____ Or An Emergency Contact
LLAMAR Teléfono Madre: _____ Teléfono Padre: _____ O a una persona de contacto en emergencias

Emergency contacts: *Personas de contacto en emergencias:*

NAME <i>Nombre</i>	RELATIONSHIP <i>Relación</i>	PHONE <i>Teléfono</i>
1) _____		
2) _____		

4. CALL: Physician _____ Phone _____
LLAMAR: Médico _____ Teléfono _____

Medication: The parent/guardian shall provide the school nurse with medication for this condition to be administered PRN (on an as needed basis). **Yes** *Sí* **No**
Medicamento: Uno de los padres/ tutor legal proporcionará a la enfermera escolar el medicamento para esta afección, para ser administrado cuando sea necesario (PRN).

Special instructions from physician (if needed):
Instrucciones especiales del médico (si se necesitan): _____

Release of Information:

The undersigned parent/guardian authorizes the release and/or exchange of medical information between the school nurse and my child's physician named above as it relates to this medical condition. I further authorize the school nurse to distribute copies of this document in accordance with the distribution list below to ensure the safe and proper care of my child while being transported to and from school as well as during school hours. I understand that professional staff will use the medical information given or received and that this information will not be released to any other party not designated herein.

Dar a conocer información:

El padre de familia/ tutor legal abajo firmante autoriza a comunicar y/ o intercambiar información médica entre la enfermera escolar y el médico de mi hijo indicado arriba, en lo relacionado a esta afección médica. También autoriza a la enfermera escolar a que distribuya copias de este documento de acuerdo a la lista de abajo, para garantizar el cuidado seguro y apropiado de mi hijo mientras sea transportado a la escuela y desde ella, lo mismo que durante horas de escuela. Entiendo que el personal profesional usará la información médica dada o recibida y que esta información no será dada a ninguna otra persona o grupo que no esté designado en este documento.

Parent/Guardian Signature

Firma de un padre de familia/ tutor legal

Date

Fecha

In accordance with PVUSD Governing Board Policy 5.3.4, Dispensing Medications, and ARS 15-344, Administration of prescription, patent or proprietary medications by employees: civil immunity; definition, the following school personnel have been trained in the medication administration procedures set forth herein.

Principal signature: _____

Date: _____

TRAINED STAFF MEMBERS

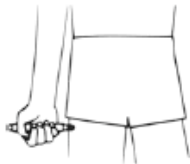
- | | | | |
|----|-------|------|-------|
| 1. | _____ | Room | _____ |
| 2. | _____ | Room | _____ |
| 3. | _____ | Room | _____ |

EpiPen® and EpiPen® Jr. Directions

- Pull off gray activation cap.



- Hold black tip near outer thigh (always apply to thigh).



- Swing and jab firmly into outer thigh until Auto-Injector mechanism functions. Hold in place and count to 10. Remove the EpiPen® unit and massage the injection area for 10 seconds.

Twinject™ 0.3 mg and Twinject™ 0.15 mg Directions



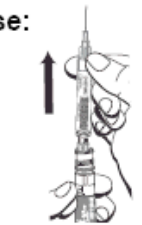
- Pull off green end cap, then red end cap.
- Put gray cap against outer thigh, press down firmly until needle penetrates. Hold for 10 seconds, then remove.



SECOND DOSE ADMINISTRATION:

If symptoms don't improve after 10 minutes, administer second dose:

- Unscrew gray cap and pull syringe from barrel by holding blue collar at needle base.
- Slide yellow or orange collar off plunger.
- Put needle into thigh through skin, push plunger down all the way, and remove.



Once EpiPen® or Twinject™ is used, call the Rescue Squad. Take the used unit with you to the Emergency Room. Plan to stay for observation at the Emergency Room for at least 4 hours.

Original: School Nurse

Copy: Teacher(s)

Copy: Transportation