



Cynthia Carbone, MEd, MSN, RN, Director of Health, Wellness and Nursing

EPINEPHRINE ADMINISTRATION ORDER AND EMERGENCY CARE PLAN

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE AND SIGN:

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: __ Teacher: _____
Allergies: _____ Asthma ___ Yes ___ No
 Previous Anaphylaxis: No ___ if Yes, when? _____ Diagnosis: _____
 Medication Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____
 Start Date: _____ End Date: _____ Can student self-medicate? ___ Yes ___ No
 Specific administration instructions: _____
 Possible side effects/adverse reactions: _____
 License Provider Name: _____ Signature: _____
 Date: _____ Phone: _____ Fax: _____

PARENT/GUARDIAN TO COMPLETE AND SIGN:

Possible Signs of an Allergic Reaction may include

Mouth: itching/swelling of lips, tongue or mouth **Throat:** itching or tightness, hoarseness, hacky cough
Skin: hives, itchy rash or swelling of arms/legs **GI:** nausea, cramping, vomiting, diarrhea
Lungs: shortness of breath, coughing, sneezing **Heart:** thready pulse, passing out

1. If student is exposed to a known allergen give medication as described in above box IMMEDIATELY.
2. Call Ambulance _____ (note if number for outgoing line is needed).
 If epinephrine is given, student MUST be transported to the emergency room.
3. Call Parent/Guardian:
 Name: _____ Cell: _____ Home: _____ Work: _____
 Name: _____ Cell: _____ Home: _____ Work: _____
 Other: _____ Cell: _____ Home: _____ Work: _____
4. List all medication student is taking: _____
5. Administration of Epipen may be delegated to: Trained Staff
6. Can student self-medicate? ___ Yes ___ No

Parent/Guardian Printed Name: _____ Relationship to Student: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

ORDEN DE ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

PROVEEDOR DE SALUD PARA COMPLETAR Y FIRMAR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: __ Maestro: _____

Alergias: _____ Asma ___ Sí ___ No

Anterior Anafilaxis: No ___ si Sí, cuándo? _____ Diagnóstico: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Ruta: _____ Hora: _____

Fecha de inicio _____ Fecha de término: _____ ¿Puede el estudiante auto-meducarse? ___ Si ___ No

Instrucciones de administración específicas: _____

Posibles efectos secundarios / reacciones adversas: _____

Nombre del Proveedor de la Licencia: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

PADRE / GUARDIAN PARA COMPLETAR Y FIRMAR:

Los posibles signos de una reacción alérgica pueden incluir:

Boca: picazón / hinchazón de los labios, la lengua o la boca
tos seca

Garganta: picazón o opresión, ronquera,

Piel: urticaria, erupción cutánea con picazón o inflamación de los brazos / piernas

GI: náuseas, calambres, vómitos, diarrea

Pulmones: dificultad para respirar, tos, estornudos

Corazón: pulso delicado, desmayo

1. Si el estudiante está expuesto a un alérgeno conocido, administre la medicación como se describe en la casilla anterior
IMMEDIATAMENTE.

2. Llame a la ambulancia _____ (*tenga en cuenta si se necesita un número para la línea saliente*).

Si se administra epinefrina, el estudiante **DEBE** ser transportado a la sala de emergencias.

3. Llame al Padre / Guardián:

Nombre: _____ Celular: _____ Domicilio: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ Celular: _____ Domicilio: _____ Trabajo: _____

Otros: _____ Célula: _____ Hogar: _____ Trabajo: _____

4. Enumere todos los medicamentos que está tomando el estudiante: _____

5. La administración de EpiPen puede ser delegada a: Personal capacitado

6. ¿Puede el estudiante auto-meducarse? ___ Si ___ No

Nombre del Padre / Guardián en letra de imprenta _____ Relación con el estudiante: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____