



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: _____



HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS

A PATHWAY FOR EVERY STUDENT

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-medicarse? ___ 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
ronquera, tos seca

Garganta: picazón o opresión,

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

GI: náuseas, calambres,

Pulmones: dificultad para respirar, tos, estornudos
desmayo

Corazón: pulso delicado,

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-medicarse? ___ Si ___ No

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

Firma del padre / tutor:

Fecha: