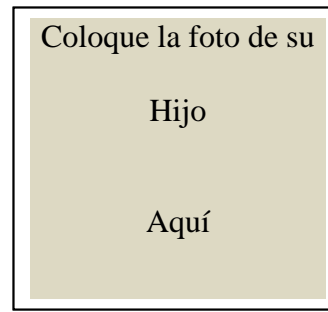


Plan de Cuidado para Emergencias de Salud



Estudiante _____ Fecha de nacimiento __/__/__ Maestro _____

Alergia a: _____ Asmático __ Si* __ No (* Alto riesgo de una reacción severa.)

Signos de reacción alérgica

Sistema	Síntoma
Boca	Picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca.
Garganta*	Picazón y/o sentido de tirantez o estrechez en la garganta, ronquera y tos molesta.
Piel	Urticaria, salpullido o erupción que produce comezón, y/o hinchazón alrededor de la cara y las extremidades.
Intestino	Nausea, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea.
Pulmón*	Dificultad para respirar, tos repetitiva y/o soplos.
Corazón*	Pulso filiforme, desmayos.

La severidad de los síntomas puede cambiar rápidamente. Todos los síntomas descritos anteriormente pueden potencialmente avanzar hasta alcanzar una situación que ponga su vida en peligro.

- Acción**
1. Si se sospecha de la ingestión dar (medicina) _____ (dosis) _____ (vía) _____
 2. Llame al escuadrón de emergencias _____
 3. Llame a la madre _____ Padre _____ Representante _____
o al
 4. Dr. _____ al () _____

No dude en administrar la medicación o llame al escuadrón de emergencia aún si los padres o representantes no pueden ser localizados.

Firma Padre o Representante _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

Contactos de Emergencia

1. _____
Relación _____ Teléfono _____
2. _____
Relación _____ Teléfono _____
3. _____
Relación _____ Teléfono _____

Miembros del personal entrenado

1. _____ aula _____
2. _____ aula _____
3. _____ aula _____