



MENASHA JOINT SCHOOL DISTRICT

School Health Services

ALLERGY EMERGENCY HEALTH PLAN



Name: _____ D.O.B: _____ School: _____ Grade: _____

Allergy to: _____ Ingestion Touch Aerosol Insect bite (circle those that apply)

Should epinephrine be given immediately if the student definitely ate, was in contact, or stung with the allergen even if NO symptoms are noted? YES NO (If no, follow procedure listed below)

Emergency Contact: _____ Phone: _____

Health Care Provider: _____ Provider Phone: _____

Table with 2 columns: System Area, SEVERE SYMPTOMS, PROCEDURE. Rows include LUNG, HEART, THROAT, MOUTH, SKIN, GUT, OTHER.

Table with 2 columns: System Area, MODERATE/MILD SYMPTOMS, PROCEDURE. Rows include NOSE, MOUTH, SKIN, GUT.

EMERGENCY MEDICATIONS: Epinephrine Brand: _____ Epinephrine Dose: 0.15 mg 0.3 mg Antihistamine Name: _____ Dose: _____ Route: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Physician/HCP Authorization Signature _____ Date _____

I hereby authorize the school district staff members to take whatever action in their judgment may be necessary in supplying emergency medical services with this plan, including the administration of medication to my child. I also hereby authorize the school district staff members to disclose my child's protected health information to all staff, chaperones and other non-employee volunteers at the school or at school events and field trips. I hereby give my permission to school personnel to contact the child's physician if necessary. I understand it is my responsibility to see that the medication is delivered to the school office in the original container and to pick up any remaining medication within one week after the last day of the school year. Medication remaining at school will be discarded. (8/24/2022)



MENASHA JOINT SCHOOL DISTRICT

Servicios de salud escolar



PLAN DE SALUD DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Alergia a: _____ Ingestión / Toque / Aerosol / Picadura de insecto (círcule las que correspondan)
¿Debería administrarse epinefrina inmediatamente si el estudiante comió, estuvo en contacto o fue picado con el alérgeno incluso si NO se notan síntomas? [] SI [] NO (Si la respuesta es no, siga el procedimiento que se indica a continuación)

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de servicios de salud: _____ Teléfono del proveedor: _____

Table with 3 columns: SISTEMA, SINTOMAS GRAVES, and PROCEDIMIENTO. Rows include PULMONES, CORAZON, GARGANTA, BOCA, PIEL, INTESTINOS, and OTRO.

Table with 3 columns: SISTEMA, SÍNTOMAS MODERADOS / LEVES, and PROCEDIMIENTO. Rows include NARIZ, BOCA, PIEL, and INTESTINOS.

MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA:
Marca de epinefrina: _____ Dosis de epinefrina: [] 0.15 mg [] 0.3 mg
Nombre del antihistamínico: _____ Dosis: _____ Ruta: _____

_____/_____/_____
Firma del padre o tutor Fecha Firma de autorización del médico / HCP Fecha

Por medio de la presente, autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a tomar cualquier acción a su juicio que sea necesaria para proporcionar servicios médicos de emergencia con este plan, incluida la administración de medicamentos a mi hijo. Por medio de la presente también autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a divulgar la información médica protegida de mi hijo a todo el personal, acompañantes y otros voluntarios que no son empleados en la escuela o en eventos escolares y excursiones. Por medio de la presente doy mi permiso al personal de la escuela para que se comunique con el médico del niño si es necesario. Entiendo que es mi responsabilidad ver que el medicamento se entregue en la oficina de la escuela en el recipiente original y recoger cualquier medicamento restante dentro de una semana después del último día del año escolar. Se descartarán los medicamentos que queden en la escuela. (8/24/2022)