



Plan de cuidado de alergias

Fecha de recepción por cuidado infantil:

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre completo del niño

Grupo/salón

CONTACTOS DE EMERGENCIA

**El padre debe ser notificado inmediatamente sobre cualquier sospecha de reacción alérgica, o si el niño entró en contacto con el alérgeno, incluso si no ocurrió una reacción.*

Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono

INFORMACIÓN DE ALERGIAS DEL NIÑO

Mi hijo tiene alergia severa a:

Describa las señales y síntomas de la reacción alérgica (incluido asma, si corresponde):

Cómo evitar el alérgeno y prevenir una emergencia:

PLAN DE RESPUESTA DE EMERGENCIA

Indique los pasos y procedimientos a seguir durante una emergencia relacionada con la alergia de su hijo:

MEDICAMENTOS*

El formulario de autorización de medicamentos se debe llenar para cada fármaco

Describa los síntomas para los cuales se debe suministrar el medicamento de emergencia.

Antihistamínico
Inhalador
Epi-pen
Otro

Indique el medicamento que se debe suministrar durante una emergencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Indicaciones	Fecha de vencimiento
------------------------	-------	--------------	----------------------

Si se administra epinefrina, se debe contactar de inmediato a los servicios médicos de emergencia, y a la OCC a más tardar en 5 días.

FIRMAS

Firma del padre o tutor Fecha

Firma del proveedor de servicios de salud (recomendado) Fecha