

Paquete de Salud

- **Estudiantes nuevos:** Este paquete de salud debe completarse como parte de su inscripción.
- **Estudiantes que regresan:** Deben completar la sección para padres como se describe a continuación. Además, se recomienda que todos los estudiantes obtengan un examen físico actualizado anualmente.
- Consulte la siguiente table para completar
- **Deportes:** TODOS los estudiantes que participen en deportes deben tener un examen físico Deportivo actualizado
- **Niños de 11 años:** Todos los estudiantes de 11 años deben recibir sus vacunas Tdap y meningocócica
- **Asma, alergia, convulsions, diabetes, etc.:** Todos los estudiantes con una condición de salud crónica deben presentar un plan de acción actualizado y los medicamentos deben proporcionarse en el envase original de la farmacia con la etiqueta de la farmacia adjunta

Padres <i>Debe completar:</i>	Pediatra <i>Debe completar:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Página 2 – Sección 1 • Página 2 – Sección 2 (si se indica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de examen físico
<ul style="list-style-type: none"> • Página 3 – Escriba sus iniciales en todos las secciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Adjunte las vacunas actualizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Firme y fecha todos las áreas indicadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de condiciones crónicas (si se indica)

- El paquete complete se puede enviar a la enfermera de las siguientes maneras:

<u>Entregar en Mano a la Escuela</u>	<u>Envíe un correo electrónico a su enfermera de la Escuela</u>	<u>Subir al enlace</u>
KIPP Lanning Square Primary 525 Clinton Street, Camden, NJ, 08103	Enfermera Tasha Enfermera Kabrina CamdenNurses@kippnj.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Lanning Square Middle 525 Clinton Street, Camden, NJ, 08103		https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Sumner Elementary 1600 S. 8 th Street, Camden, NJ, 08104	Nurse Sarah CamdenNurses@kippnj.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Hatch Middle 1875 Park Blvd, Camden, NJ, 08103	Nurse Colleen CamdenNurses@kippnj.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP High School 740 Chestnut Street, Camden, NJ, 08103	Nurse Kim CamdenNurses@kippnj.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj

También puede escanear este Código QR que lo llevará directamente al enlace anterior donde puede cargar todos sus documentos de salud y también informarle a la enfermera si u(s) estudiantes(s) tiene(n) algún problema de salud que debemos conocer.



Health Packet

- **New Students:** This health packet must be completed as part of your enrollment.
- **Returning Students:** Must complete the parent section as outlined below. In addition, it is recommended that all students get an updated physical yearly.
- Please refer to the following table for completion
- **Sports:** ALL students participating in sports must have an up-to-date sports physical
- **11-year-olds:** All students who are 11 years of age must receive their Tdap and Meningococcal Vaccines
- **Asthma, Allergy, Seizure, Diabetes etc.:** All students with a Chronic health condition must submit an up-to-date Action Plan and medications must be provided in the original pharmacy container with the pharmacy label attached.

<u>Parents</u> <i>Must complete:</i>	<u>Pediatrician</u> <i>Must complete:</i>
➤ Page 2 – Section 1	➤ Physical Examination Form
➤ Page 2 – Section 2 (if indicated)	
➤ Page 3 – Initial all sections	➤ Attach updated Immunizations
➤ Sign and date all indicated areas	➤ Chronic condition Plans (if indicated)

- The completed packet can be submitted to the nurse in the following ways:

<u>Hand deliver to the school</u>	<u>Email your School Nurse</u>	<u>Upload to the Link</u>
KIPP Lanning Square Primary 525 Clinton Street, Camden, NJ, 08103	Nurse Tasha Nurse Kabrina CamdenNurses@kipjni.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Lanning Square Middle 525 Clinton Street, Camden, NJ, 08103		https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Sumner Elementary 1600 S. 8 th Street, Camden, NJ, 08104	Nurse Sarah CamdenNurses@kipjni.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP Hatch Middle 1875 Park Blvd, Camden, NJ, 08103	Nurse Colleen CamdenNurses@kipjni.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj
KIPP High School 740 Chestnut Street, Camden, NJ, 08103	Nurse Kim CamdenNurses@kipjni.org	https://tinyurl.com/3f9vqlpj

You can also scan this QR code that will take you directly to the above link where you can upload all your health paperwork and let the nurse know if your student(s) have any health concerns that we should be made aware of.



ESCUELA	GRADO	NOMBRE DEL ALUMNO
---------	-------	-------------------

*NJ ESTADO FISICO DEPORTIVO INCLUIDO *

KIPP NJ

FORMAS FÍSICAS

Los formularios en este paquete deben ser completados por el
medico de su hijo y el padre/tutor

Este paquete físico se debe:

Estudiantes que regresan: En un plazo de 30 días a partir del primer día de clase

Nuevos estudiantes: En un plazo de 30 días desde el registro

Recomendamos ENCARECIDAMENTE que TODOS los estudiantes obtengan un examen físico actualizado cada año. Los estudiantes con condiciones médicas crónicas DEBEN conseguir un físico actualizado y planes de tratamiento cada año. Los estudiantes que van a participar en cualquier deporte DEBEN presentar un examen físico Deportivo cada año.

Una carta de la enfermera del colegio

Estimado padre/tutor:

Nosotros en KIPP NJ nos enorgullecemos de ofrecer la mayor atención médica posible a cada uno de nuestros estudiantes. ¡Es nuestra misión y alegría en la vida para asegurarse de que cuando su hijo camina a través de nuestros edificios escolares, que no sólo están recibiendo una educación de Calidad, pero que están seguros, felices y sanos!

Para lograr este objetivo de ser estudiantes seguros, felices y saludables, ¡necesitamos SU ayuda!

Todos los nuevos estudiantes entrantes deben presentar el paquete físico de KIPP NJ, así como los registros de vacunación actualizados.

Por favor, asegúrese de concertar una cita para su hijo con suficiente antelación al primer día de colegio.

Si no tiene seguro, puede utilizar la clínica de vacunación gratuita que se indica a continuación:

<u>Recursos de inmunización</u>
Vacunas gratuitas para residentes sin seguro
<u>Edificio CamCare</u>
817 Federal Street, Camden, NJ (2 planta)
<u>Debe llamar para concertar una cita.</u>
(856) 225-5128
Martes: 8:30 am – 11:30 am y 1:00 pm – 3:00 pm

Si tiene alguna pregunta o duda sobre cualquiera de los documentos requeridos, no dude en contacto con la enfermera de su escuela. Estaremos encantados de ayudarle a encontrar recursos o servicios sanitarios para su hijo.

KIPP Lanning Square Primary & KIPP Lanning Square Middle	Enfermeras Tasha y Kabrina	(856) 966-9600
KIPP Sumner Elementary	Enfermera Sarah	(856) 263-6240
KIPP Hatch Middle	Enfermera Colleen	(856) 359-7046
KIPP High School	Enfermera Kim	(856) 263-6235

Formulario de consentimiento de los padres/tutores

INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE KIPP NJ**Sección 1: Información general**

Nombre del alumno _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre de los padres _____

Teléfono _____

¿Puede la enfermera del colegio ponerse en contacto
con el medico del alumno

Yes

No

¿Se puede comunicar la información sanitaria a la enfermera escolar

Yes

No

¿Tiene el estudiante seguro médico?

Yes

No

Permiso para compartir información sanitaria entre la enfermera escolar y el centro médico/consultorio médico:

YO _____ (nombre de los padres) doy mi consentimiento para la divulgación de
_____ (nombre del estudiante) información de salud a la enfermera de la escuela (incluyendo
pero no limitado aL Historial de vacunación, exámenes físico, estado de salud e información relacionada)

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Sdección 2: Alergias

Indique todas las alergias a alimentos, medicamentos, polen, etc..

Sección 3: Medicamentos sin receta y tratamiento de urgencia

Por la presented oy permiso a KIPP NJ para administrar medicamentos al estudiante arriba mencionado según lo designado en las órdenes médicas permanentes de KIPP NJ emitadas por el medico de la escuela.

Yo estoy de acuerdo que KIPP NJ y sus empleados no son responsables por dar medicina de acuerdo con esta autorizacion. Estoy de acuerdo en mantener indemne e indemnizar a KIPP NJ y todos sus empleados contra cualquier y todas las reclamaciones, danos y perjuicios, gastos, honorarios de abogados, demandas, causao causas de acción que puedan interponerse contra la red o su intención de estar legalmente obligado por esta autorización.

En el caso de que un pade/tutor no puede ser localizado, por la presented oy permiso a KIPP NJ para obtener tratamiento medico para el niño arriba mencionado, y para liberar la información relativa a la historia clínica de mi hijo, diagnóstico, condición o historial de salud.

Firma del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Formulario de consentimiento de los padres/tutores**POLÍTICA DE MEDICACIÓN DE KIPP NJ****Medicamentos con receta**

Todos los medicamentos deben ser administrados por la enfermera del colegio. En ausencia de personal médico capacitado, deberá llamarse a una subenfermera para que administre la medicación a los alumnos. La enfermera del colegio será quien delegue, eduque y forme al personal no médico sobre cómo administrar epinefrina sólo en casos de reacciones alérgicas graves.

Para que los medicamentos recetados se administren en la escuela, se debe presentar un formulario de administración de medicamentos completado y firmado por el médico. Además, los alumnos que padezcan alguna enfermedad crónica deberán presentar un plan de acción (es decir, un plan de acción para el asma, un plan para las convulsiones, etc.)

Todos los medicamentos recetados que se traigan a la escuela deben estar en su envase original de la farmacia y debidamente etiquetados por el farmacéutico. Los padres/tutores deben traer y recoger todos los medicamentos. No se entregarán medicamentos a los alumnos a menos que el padre/tutor haya dado permiso por escrito para hacerlo. Todos los medicamentos que no se recojan el último día de clases serán desechados.

Iniciales del padre/tutor: _____

Medicamentos de venta libre

Los únicos medicamentos sin receta que serán proveídos por la escuela y administrados en la escuela serán los indicados en las órdenes permanentes de medicamentos como indicado y para el propósito anotado por el médico de la escuela de KIPP NJ. Los medicamentos de venta libre no deben ser traídos a la escuela.

No se permite a ningún alumno llevar medicación consigo durante la jornada escolar a menos que un médico le autorice a autoadministrársela. En este caso, el estudiante debe tener un formulario de administración de medicamentos en el archivo y, si es posible, una copia de seguridad de la medicación en la oficina de salud. Los médicos también deben documentar que está bien que el estudiante lleve su propia medicación.

Tenga en cuenta que esto es sólo para los estudiantes de secundaria y preparatoria. Los alumnos de primaria no podrán autoadministrarse ni llevar consigo medicamentos durante el horario escolar.

Iniciales del padre/tutor: _____

Viajes escolares

Tenga en cuenta que la enfermera de la escuela no acompañará al personal ni a los alumnos en las excursiones. Los padres/tutores son responsables de asegurarse de que sus hijos reciban sus medicamentos durante el viaje y de que estén debidamente informados sobre el uso de los trayamientos con medicamentos prescritos que puedan ser necesarios durante el viaje. Los profesores no pueden administrar medicamentos.

Iniciales del padre/tutor: _____

Medicamentos a base de plantas y vitaminas

Estos tipos de medicamentos no se administrarán en la escuela

Iniciales del padre/tutor: _____

Primeros auxilios de rutina

El médico del Distrito proporcionará anualmente órdenes permanentes para los primeros auxilios de rutina y medicamentos de emergencia, así como artículos de venta libre, incluyendo pero no limitado a, lavajos, lavado antiséptico, Caladryl que se utilizará para las necesidades de rutina de primeros auxilios.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.

Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufrir alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tablilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúa)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practice nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date of exam _____
 Address _____ Phone _____
 Signature of physician, APN, PA _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

- Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____
(Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____
Address _____ Phone _____
Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____

Por favor. Pida al médico de su hijo que rellene los siguientes formularios adjuntos si u hijo tiene:

- 1. Asma**
- 2. Alergias alimentarias**
- 3. Trastorno convulsivo**
- 4. Requiere cualquier tipo de medicación durante el horario escolar**

Un médico debe firmar todos los formularios aplicables.



My Asthma Action Plan For Home and School

Name: _____ DOB: ____/____/____

Severity Classification: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent

Asthma Triggers (list): _____

Peak Flow Meter Personal Best: _____

Green Zone: Doing Well

Symptoms: Breathing is good – No cough or wheeze – Can work and play – Sleeps well at night

Peak Flow Meter _____ (more than 80% of personal best)

Flu Vaccine—Date received: _____ Next flu vaccine due: _____ COVID19 vaccine—Date received: _____

Control Medicine(s)	Medicine	How much to take	When and how often to take it	Take at
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School

Physical Activity Use Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, 15 minutes before activity with all activity when you feel you need it

Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze, or tight chest – Problems working or playing – Wake at night

Peak Flow Meter _____ to _____ (between 50% and 79% of personal best)

Quick-relief Medicine(s) Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, every 20 minutes for up to 4 hours as needed

Control Medicine(s) Continue Green Zone medicines

Add _____ Change to _____

You should feel better within 20-60 minutes of the quick-relief treatment. If you are getting worse or are in the Yellow Zone for more than 24 hours, THEN follow the instructions in the RED ZONE and call the doctor right away!

Red Zone: Get Help Now!

Symptoms: Lots of problems breathing – Cannot work or play – Getting worse instead of better – Medicine is not helping

Peak Flow Meter _____ (less than 50% of personal best)

Take Quick-relief Medicine NOW! Albuterol/Levalbuterol _____ puffs, _____ (how frequently)

Call 911 immediately if the following danger signs are present:

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue
- Still in the red zone after 15 minutes

School Staff: Follow the Yellow and Red Zone instructions for the quick-relief medicines according to asthma symptoms. The only control medicines to be administered in the school are those listed in the Green Zone with a check mark next to "Take at School".

Both the Healthcare Provider and the Parent/Guardian feel that the child has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Healthcare Provider

Name _____ Date _____ Phone (____) _____ - _____ Signature _____

Parent/Guardian

I give permission for the medicines listed in the action plan to be administered in school by the nurse or other school staff as appropriate.

I consent to communication between the prescribing health care provider or clinic, the school nurse, the school medical advisor and school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medicine.

Name _____ Date _____ Phone (____) _____ - _____ Signature _____

School Nurse

The student has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name _____ Date _____ Phone (____) _____ - _____ Signature _____

Please send a signed copy back to the provider listed above.

1-800-LUNGUSA | Lung.org

How to Use a Metered-Dose Inhaler with a Valved Holding Chamber (Spacer)

Prime a brand-new inhaler: Before using it for the first time, if you have not used it for more than 7 days, or if it has been dropped.



1. Shake inhaler 10 seconds.



2. Take the cap off the inhaler and valved holding chamber. Make sure the mouthpiece and valved holding chamber are clean and there is nothing inside the mouthpieces.



3. Put inhaler into the chamber/spacer.



4. Breathe out away from the device.



5. Put chamber mouthpiece in mouth.



6. Press inhaler once and breathe in deep and steadily.



7. Hold your breath for 10 seconds, then breathe out slowly.

If you need another puff of medicine, wait 1 minute and repeat steps 4-7.

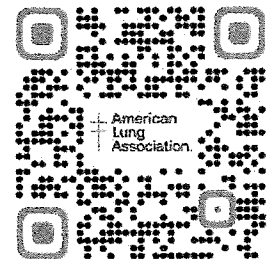


8. Rinse with water and spit it out.

Proper inhalation technique is important when taking your asthma medicine(s) and monitoring your breathing. Make sure to bring all your medicines and devices to each visit with your primary care provider or pharmacist to check for correct use, or if you have trouble using them.

For more videos, handouts, tutorials and resources, visit Lung.org.

Scan the QR Code to access How-To Videos



You can also connect with a respiratory therapist for one-on-one, free support from the American Lung Association's Lung HelpLine at **1-800-LUNGUSA**.



FARE

Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

**PLACE
PICTURE
HERE**

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergic to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: Yes (higher risk for a severe reaction) No

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Special Situation/Circumstance - If this box is checked, the child has an extremely severe allergy to the following food(s) _____.

Even if the child has MILD symptoms after eating (ingesting) this food(s), Give Epinephrine immediately.

For ANY of the following **SEVERE SYMPTOMS**



LUNG

Shortness of breath, wheezing, repetitive cough



HEART

Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness



THROAT

Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing



MOUTH

Significant swelling of the tongue or lips



SKIN

Many hives over body, widespread redness



GUT

Repetitive vomiting, severe diarrhea



OTHER

Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A COMBINATION

of symptoms from different body areas



- 1. INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
- 2. Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return

MILD SYMPTOMS



NOSE

Itchy or runny nose, sneezing



MOUTH

Itchy mouth



SKIN

A few hives, mild itch



GUT

Mild nausea or discomfort

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE BODY SYSTEM, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE BODY SYSTEM (E.G. SKIN, GI, ETC.), FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: 0.1 mg IM 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

PATIENT OR PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION SIGNATURE

DATE

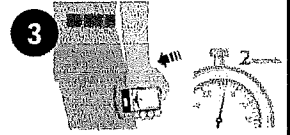


FARE
Food Allergy Research & Education

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

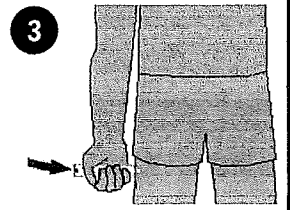
HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

1. Remove Auvi-Q® from the outer case. Pull off red safety guard.
2. Place black end of Auvi-Q® against the middle of the outer thigh.
3. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
4. Call 911 and get emergency medical help right away.



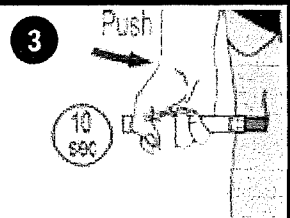
HOW TO USE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION

1. (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN
2. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
3. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
5. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



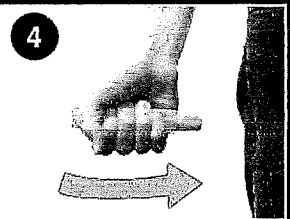
HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALCLICK®), USP AUTO-INJECTOR, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
3. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
4. Remove and massage the area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



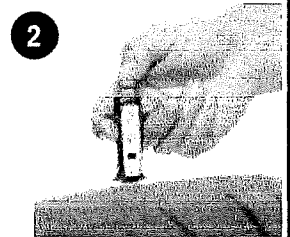
HOW TO USE TEVA'S GENERIC EPIPEN® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR, TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Quickly twist the yellow or green cap off of the auto-injector in the direction of the "twist arrow" to remove it.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, pull off the blue safety release.
3. Place the orange tip against the middle of the outer thigh at a right angle to the thigh.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
5. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE SYMJEPi™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP)

1. When ready to inject, pull off cap to expose needle. Do not put finger on top of the device.
2. Hold SYMJEPi™ by finger grips only and slowly insert the needle into the thigh. SYMJEPi™ can be injected through clothing if necessary.
3. After needle is in thigh, push the plunger all the way down until it clicks and hold for 2 seconds.
4. Remove the syringe and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.
5. Once the injection has been administered, using one hand with fingers behind the needle slide safety guard over needle.



ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Epinephrine first, then call 911. Monitor the patient and call their emergency contacts right away.

EMERGENCY CONTACTS – CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

SEIZURE ACTION PLAN (SAP)



ENDEPILEPSY

Name: _____ Birth Date: _____
 Address: _____ Phone: _____
 Parent/Guardian: _____ Phone: _____
 Emergency Contact/Relationship _____ Phone: _____

Seizure Information

Seizure Type	How Long It Lasts	How Often	What Happens

Protocol for seizure during school (check all that apply)

- First aid – **Stay. Safe. Side.**
- Give rescue therapy according to SAP
- Notify parent/emergency contact
- Contact school nurse at _____
- Call 911 for transport to _____
- Other _____

First aid for any seizure

- STAY** calm, keep calm, begin timing seizure
- Keep me **SAFE** – remove harmful objects, don't restrain, protect head
- SIDE** – turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- STAY** until recovered from seizure
- Swipe magnet for VNS
- Write down what happens _____
- Other _____

When to call 911

- Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, not responding to rescue med if available
- Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue med if available
- Difficulty breathing after seizure
- Serious injury occurs or suspected, seizure in water

When to call your provider first

- Change in seizure type, number or pattern
- Person does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- First time seizure that stops on its' own
- Other medical problems or pregnancy need to be checked

When rescue therapy may be needed:

WHEN AND WHAT TO DO

If seizure (cluster, # or length) _____
 Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____
 How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____
 Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____
 How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____
 Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____
 How to give _____

Care after seizure

What type of help is needed? (describe) _____

When is student able to resume usual activity? _____

Special instructions

First Responders: _____

Emergency Department: _____

Daily seizure medicine

Medicine Name	Total Daily Amount	Amount of Tab/Liquid	How Taken (time of each dose and how much)

Other information

Triggers: _____

Important Medical History _____

Allergies _____

Epilepsy Surgery (type, date, side effects) _____

Device: VNS RNS DBS Date Implanted _____

Diet Therapy Ketogenic Low Glycemic Modified Atkins Other (describe) _____

Special Instructions: _____

Health care contacts

Epilepsy Provider: _____ Phone: _____

Primary Care: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Pharmacy: _____ Phone: _____

My signature _____ Date _____

Provider signature _____ Date _____

Medication Administration Form

Student	Date of Birth
School	School Year
Teacher	Grade
Parent/Guardian	Phone

TO BE COMPLETED BY THE PRESCRIBING HEALTHCARE PROVIDER. USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION.

Name of Medication	MG/MCG/ML/TSP	Take ___ tablet(s) Take ___ tsp	Total MG per dose	Time to take daily or as needed

Reason for medication:

Side effects/precautions:

Start Date:

Stop Date:

This student can keep/take this medication on his/her own:

Yes

No

Note: All controlled/stimulant and/or narcotic medication must be given and supervised by the school nurse for ALL students at ALL grade levels.

Healthcare provider Signature

Date

Healthcare provider name (print)

Date

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN.

Please note: All medication must be in a properly labeled pharmacy container. I hereby give my permission for my child (named above) to receive this (stated) medication at school. I assume full responsibility and will inform school staff of any medication changes or health status. I hereby release KIPP NJ, their agents, and employees from all liability that may occur as a result of any medication administration. I will provide a new medication form each school year and each time the dose/medication changes. I agree to provide medication in the original, properly labeled pharmacy container. I will pick up unused/discontinued medication as needed during (or by end of) the school year.

Parent/Guardian Signature

Date

Health Office Use Only:

Reviewed by school nurse (Signature)

Date
